This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION.

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et A. E. DESROSIERS,

VOLUME XIII

MONTREAL :

CIE. DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 Rue St-Gabriel

1884

464.
BOSTON MEDICAL LIBRARY

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XIII. MONTREAL, JANVIER, 1884. No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA MARINE (Québec)—**M. CATELLIER.**

Fractures de cuisse.

Depuis quelques jours, cinq matelots blessés ont été apportés dans nos salles pour des fractures de cuisse; l'occasion me paraît donc favorable pour étudier avec quelque soin des accidents chirurgicaux si fréquents et si graves. Le premier blessé, apporté le 8 octobre, est un jeune écossais de 17 ans, bien développé et jouissant, en apparence, d'une excellente constitution. Son cas présentant les caractères ordinaires des fractures de cuisse dans le tiers moyen et sans complications, celles que vous rencontrerez le plus souvent dans la pratique, je suis bien aise de commencer par lui.

Ce jeune homme a fait, le 26 septembre dernier, douze jours avant son entrée à l'hôpital, de la vergue de misaine sur le pont, une chûte d'à peu près quarante pieds; résultat: fracture de la cuisse droite, et un peu de commotion cérébrale. Il est vrai qu'il n'a pas perdu connaissance, mais il a eu un léger délire les trois premières nuits qui ont suivi l'accident. A propos de commotion cérébrale ou autres lésions à la tête, leur coïncidence, au moins dans leurs formes graves, avec les fractures des membres, est rarement observée dans cet hôpital, où pourtant ces deux classes d'accidents, isolées, sont bien fréquentes. Il n'y a pas de doute que la même observation a dû être faite ailleurs. La raison doit en être dans le fait que la fracture d'une partie brise suffisamment la chute du corps pour préserver le reste du squelette.

Pour revenir à notre blessé, le capitaine du navire ayant constaté, au craquement profond qu'il percevait en voulant remuer le membre, que

celui-ci était fracturé, se mit en frais d'appliquer les recommandations du *Medical Directory*, petit traité de médecine et de chirurgie d'urgence, à l'usage des marins, que tout vaisseau anglais est tenu d'avoir à son bord. Il commanda donc à un de ses hommes de saisir le pied et la jambe et de faire sur ces parties une traction continue et assez énergique. En même temps lui-même appliquait autour de la cuisse et maintenait, au moyen de bandes de coton à voiles et de cordes de chanvre, trois attelles en bois improvisées par le charpentier. Une quatrième, beaucoup plus longue, était appliquée et maintenue de la même façon sur la face externe du membre et remontait depuis le pied jusque près de l'aisselle, la partie correspondant au tronc étant en outre solidement fixée par une bande de corps. Le blessé portait cet appareil lors de son entrée à l'hôpital.

L'ayant fait mettre sur un de nos lits à fracture, lit composé, comme vous voyez, d'une paillasse piquée reposant sur un fond de bois et recouverte d'un matelas de crin, avec un seul oreiller, je me mis en devoir d'enlever les atelles provisoires. Je constatai avec plaisir que celles-ci n'avaient pas pénétré dans les chairs, comme je l'ai souvent vu dans des cas analogues, ce qui s'explique par l'inextensibilité presque absolue des bandes de coton à voiles, appliquées trop serrées avant l'apparition du gonflement inflammatoire, et maintenues coûte que coûte par les gens de l'équipage qui ne savent pas mieux. Ce garçon déclare avoir souffert énormément les premiers jours; il a même eu un peu de délire pendant lequel il voulait défaire son appareil; j'avais donc raison de craindre quelques plaies de pression. Heureusement il n'en était rien. La cuisse, parfaitement droite d'ailleurs, paraissait, à simple vue, plus grosse et plus courte, comme ramassée sur elle-même. Ce seul symptôme m'eût absolument suffi pour me faire confirmer le diagnostic du capitaine. Toutefois, pour me renseigner davantage, je procédai à un examen plus complet, et je le fis de la manière suivante que je trouve la moins douloureuse pour les blessés. Déprimant légèrement le matelas, j'insinuai ma main gauche ouverte sous la partie supérieure de la cuisse, en même temps que j'appliquais ma main droite, également ouverte, sur sa face antérieure. Mes deux mains embrassant ainsi le membre, je les promenai lentement, comme en palpant, de haut en bas. Arrivé au milieu du corps du fémur, je constatai comme un épaississement de l'os, et au milieu de cette induration mal limitée, une portion plus franchement résistante et à limites plus nettes en bas. J'étais évidemment au niveau de la fracture, et je pouvais même dire que le fragment supérieur était en avant et un peu en dehors de l'autre. Aussi, sans changer mes mains de leur position, j'essayai de soulever légèrement le membre; mais je remarquai que, pendant que le jarret restait appliqué sur le matelas, je produisais un déplacement angulaire au niveau de la partie soulevée. Il est vrai que ce déplacement était plus obscur que si la fracture eut été récente, mais il était néanmoins suffisamment net pour ne me laisser dans l'esprit aucun doute sur sa nature; c'était bien du *mouvement anormal*, un des signes pathognomoniques des fractures. Je n'avais guère besoin de rechercher la *crépitation*, autre signe physique qui n'eut rien ajouté à ce que m'avaient déjà révélé et le raccourcissement apparent et la mobilité anormale. Au reste, c'est en cherchant ainsi à produire du mouvement anormal qu'on détermine le plus souvent la crépitation

dans les fractures récentes, et si je ne l'ai pas eue ici, c'est que la fracture avait déjà douze jours de date, et que les fragments, en outre, chevauchaient beaucoup, deux conditions qui devaient s'opposer à sa production. N'allez pas croire toutefois que j'estime la crépitation un signe de peu d'importance, elle en acquiert une grande dans certaines fractures siégeant au voisinage d'une articulation; alors il est parfois difficile de s'assurer que le mouvement que l'on produit est bien anormal et ne se passe pas dans l'articulation voisine. Dans ces cas, un des signes physiques manquant ou étant d'une appréciation difficile, il est naturel qu'on en cherche un autre qui ne laisse aucun doute dans l'esprit. Vous trouverez même des fractures où ces deux signes, le mouvement anormal et la crépitation, manqueront totalement, et où vous n'aurez que la *difformité* pour établir votre diagnostic. Voyez plutôt le malade couché au No 7 de la salle 42. Je n'ai jamais constaté dans son poignet ni crépitation ni mouvement anormal, et pourtant je suis bien certain qu'il a une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et cela, par la difformité caractéristique que j'y remarque. Je me hâte d'ajouter, pour ne pas généraliser outre mesure dans votre esprit cette difficulté d'apprécier le mouvement anormal au voisinage des articulations, que celle-ci n'existe guère dans les fractures de l'extrémité inférieure du fémur; si vous avez des doutes dans ce cas vous n'avez ordinairement qu'à saisir le pied et à le soulever. S'il n'y a pas de fracture, tout le membre se laissera soulever jusqu'à la hanche, tandis que dans le cas d'une fracture, vous pouvez déterminer un angle antérieur entre la jambe et la cuisse. Il est évident que le sommet de cet angle ne peut être qu'une fracture et non pas l'articulation du genou, puisque normalement on ne peut porter son extension aussi loin. On suppose qu'il n'existait pas auparavant un relâchement pathologique de l'articulation. Pareillement vous pouvez produire des mouvements latéraux.

Je vous ai dit tout à l'heure que le membre blessé paraissait, à simple vue, plus court que l'autre, son congénère. Or c'est ce raccourcissement qui préoccupe surtout le chirurgien dans le traitement des fractures du corps du fémur chez l'adulte. Il manque rarement alors, à cause de l'obliquité presque constante de la fracture, et la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité de le corriger complètement; les conséquences ultérieures si facheuses qu'il peut avoir sur la station debout et la marche, rendent alors ces fractures relativement très graves. Vous savez que l'on accuse presque uniquement de sa production, et surtout de son maintien, la tonicité musculaire, et je n'ai pas l'intention de prendre devant vous la défense de cette propriété si incommode des muscles, mais je ne suis pas certain que la tonicité musculaire n'a pas un complice important dans l'élasticité de la peau. Vous avez vu que dans les amputations elle se rétracte encore plus que les muscles. Il est vrai de dire qu'elle ne le fait pas avec autant de force. D'un autre côté, toute fracture s'accompagne d'un traumatisme plus ou moins étendu des parties molles qui entourent l'os. Ces lésions des parties molles se réparent plus rapidement que celles de l'os. Or ce tissu nouveau a des propriétés rétractiles bien connues et doit aider dans une certaine mesure à entretenir le raccourcissement.

Ce raccourcissement, le chirurgien peut s'en faire une idée grossière à la simple vue, une idée un peu plus juste en rapprochant les deux

membres, les mettant dans la direction du tronc, et en prenant alors le niveau des deux pieds; mais la *mensuration méthodique*, malgré ses causes d'erreurs, lui fournit les données les plus exactes. L'idéal d'une bonne mensuration serait de la faire entre des points parfaitement symétriques des deux côtés, mais sans sortir des limites du fémur, par exemple entre le grand trochanter et la tubérosité externe. Mais la difficulté est justement de prendre des points parfaitement symétriques sur ces parties. Ces surfaces osseuses, trop larges et trop planes, ne font pas assez relief sous la peau. On est forcé de chercher en dehors du fémur des points du squelette plus franchement saillants et limités. Les points ordinairement choisis sont l'épine iliaque antérieure et supérieure et une des malléoles, ou encore l'extrémité inférieure de la rotule. En prenant ces points de comparaison sur notre blessé, à son entrée à l'hôpital, j'ai trouvé que sa cuisse droite était plus courte que l'autre d'à peu près deux pouces et demi. C'est à dessein que je dis *à peu près*, car je reconnais qu'il a pu y avoir du plus ou du moins. N'allez pas croire en effet que cette mensuration donne toujours des résultats mathématiquement vrais. L'épine iliaque, malgré son nom, n'est pas pointue, les malléoles ne le sont pas non plus. Ces saillies osseuses sont plutôt arrondies, et c'est particulièrement le cas chez notre blessé où il est difficile de s'assurer que les points choisis sont bien pris au même niveau des deux côtés. Et puis, la peau glisse facilement sur ces surfaces osseuses, principalement sur la supérieure. En outre le moindre mouvement du tronc ou du membre inférieur fait varier la mensuration. Je développerai quelque peu cette idée dans un instant, quand je ferai la mensuration devant vous, afin de constater ce que nous avons gagné sous le rapport de l'allongement du membre par notre appareil à extension. J'aurai à refaire les bandages qui se sont un peu relachés ; cette mensuration sera plus facile quand il seront enlevés.

Auparavant, je dois vous dire comment on traite ces fractures de cuisse, et ce que je fis en particulier avec notre blessé, pourquoi enfin j'ai choisi l'appareil que vous voyez appliqué ici.

Si la fracture eut été récente j'eusse peut-être été tenté de la réduire immédiatement, et de faire maintenir la réduction pendant que j'aurais appliqué un appareil. Mais cette réduction *instantanée*, souvent assez facile au moment de l'accident, devient beaucoup plus difficile les jours suivants, quand le gonflement inflammatoire est survenu ; après douze jours, je ne songeai pas à la tenter. Et même, pour vous exprimer toute ma pensée, dans les cas de fractures récentes que l'on a l'intention de traiter par l'extension continue, je mets fort en doute l'opportunité de ces manœuvres d'extension, de contre-extension et de coaptation, les trois manœuvres classiques de la réduction, si elles sont faites avant que l'appareil destiné à maintenir cette réduction soit appliqué sur le membre. Le plus souvent l'appareil lui-même réduit alors la fracture, ou, tout au plus, cette réduction par le chirurgien peut-elle constituer un des temps de son application. Ici, malgré ce qui peut paraître de paradoxal dans ma proposition, *nous ne réduisons plus guère les fractures de cuisse.* Nous abandonnons habituellement ce soin à notre appareil. Il en serait bien autrement si, au lieu d'appareils à extension continue, nous nous servions d'appareils à simple immobilisation, comme par exemple l'appareil platré de Sayre.

Alors la réduction préalable, aussi parfaite que possible, serait de rigueur. Ces appareils, en effet, ne font pas l'office d'agents réducteurs ; ils sont même presque toujours impuissants à maintenir celle qui a été opérée par le chirurgien. Aussi ont-ils été assez généralement mis de côté, au moins en Angleterre et aux Etats-Unis. Tout au plus s'en sert-on encore à titre de pansement temporaire, pour faciliter le transport des blessés. Avec ces appareils à extension continue, on combat par une traction constante sur le membre la rétraction des muscles de la cuisse, et cela jusqu'à ce que l'union entre les deux fragments soit assez ferme pour lui résister.

L'appareil que vous voyez sur ce blessé est celui que nous employons habituellement dans cet hôpital. Il a été popularisé surtout par les chirurgiens américains. L'extension est faite par des poids au pied du lit, la contre-extension par le corps du blessé lui-même et l'immobilisation par une longue attelle externe. Il a détrôné ici la longue attelle de Liston, qui y avait eu un long règne, bien mérité d'ailleurs, puisqu'elle nous avait enfin débarrassés complètement des plans double-inclinés. On employait ces derniers dans les fractures du fémur siégeant dans le tiers supérieur, précisément celles où, en raison probablement de l'insertion d'un plus grand nombre de muscles au fragment inférieur, la tendance au raccourcissement et à la déformation angulaire externe est la plus marquée. Ces plans double-inclinés, malgré les modifications qu'on leur avait fait subir, restaient toujours avec trois défauts capitaux : 1° ils n'immobilisaient pas suffisamment le fragment inférieur ; 2° ils ne s'opposaient guère au raccourcissement ; 3° ils ne s'opposaient pas du tout à la difformité angulaire externe. Aussi la substitution de la longue attelle de Liston, (avec extension et contre-extension dans le périnée), au plan double-incliné, dans toutes les fractures du fémur, celles du tiers supérieur comme les autres, constituait déjà, à mon jugement, un grand progrès. Avec elle on combattait efficacement la difformité angulaire, on luttait sérieusement contre le raccourcissement, et enfin, ce qui n'est pas moins important, les fragments étaient parfaitement immobiles l'un sur l'autre. Elle avait pourtant ses inconvénients, et certes, sans eux, elle n'eut jamais été remplacée par la méthode actuelle qui est un peu plus compliquée. L'objection qu'on lui faisait surtout, c'est que la pression sur le périnée était souvent trop douloureuse pour pouvoir être appliquée dans les limites nécessaires à l'extension. Cette pression causait aussi quelquefois des ulcérations. La fréquence de ces ulcérations a peut-être été un peu exagérée ; notre expérience, au moins ici, ne la confirme guère. Un inconvénient plus grave, à mon sens, c'est que dans la pratique l'extension était loin d'être vraiment continue. Le malade défaisait souvent secrètement le nœud du lien contre-extenseur pour soulager la douleur, et puis ce lien lui-même, jouissant toujours d'une certaine extensibilité, se relâchait assez rapidement. D'un autre côté, les bandelettes adhésives qui servaient à l'extension, glissaient toujours un peu sur la jambe. En somme il eut fallu, pour que l'extension fut permanente et toujours la même, une surveillance de tous les instants. Or une pareille surveillance, à peine possible dans les hôpitaux, est tout à fait hors de question dans la pratique civile. Avec notre appareil actuel il n'y a plus de douleurs ni d'ulcérations dans le périnée, puisque c'est le poids du corps qui fait la contre-extension. L'extension est

vraiment continue, même si les bandelettes adhésives glissent un peu sur la jambe, ou si le malade descend un peu dans son lit. Tant que les poids ne touchent pas le plancher, ou que le pied du blessé ne vient pas s'appuyer sur la planchette qui porte la poulie, la traction sur le membre est toujours la même. Or les muscles, qui résistent assez bien aux tractions plus ou moins interrompues, se fatiguent vite de cette extension sans relâche.

Pour faire cet appareil il faut préparer à l'avance et avoir sous la main les objets suivants : 1° une petite poulie (un fuseau ordinaire peut la remplacer) fixée à une planchette dont la longueur doit excéder la hauteur du lit; 2° des poids pouvant former 20 à 25 livres, et une corde d'une verge et demie de long pour les suspendre; 3° une bandelette adhésive d'une verge et quart de long sur trois pouces de large—deux ou trois bandelettes également adhésives mais plus courtes et plus étroites, disons un pied de long sur un pouce de large; 4° une attelle en bois de deux pouces et demi à trois pouces de large sur un demi pouce d'épaisseur et suffisamment longue pour aller du pied jusque près de l'aisselle du blessé ; une des longues attelles de Liston convient parfaitement; 5° trois bandes de flanelle roulées de six à sept verges et de la largeur ordinaire de trois pouces; 6° enfin deux petits blocs de trois pouces d'épaisseur, ou encore un bout de madrier de la même épaisseur, pour soulever le pied du lit.

Tous ces objets étant préparés, et votre blessé étant couché sur le lit, vous commencez par fixer sur le plancher au pied du lit, mais à une petite distance de ce dernier, la planchette qui supporte la poulie. Beaucoup de latitude est naturellement laissée, dans ce premier détail, à l'ingénuité du chirurgien ou à l'exigence du moment. La poulie sera, dans tous les cas, fixée à un niveau légèrement plus élevé que le pied du blessé, de manière à soulager un peu la pression sur le talon. Vous passez de suite la corde sur la poulie, et vous soulevez le pied du lit au moyen des deux blocs ou du bout de madrier. Une inclinaison de trois pouces suffit ordinairement pour empêcher le corps du blessé d'être entrainé par le poids extenseur. Si elle ne suffisait pas il vous serait loisible de l'augmenter les jours suivants en ajoutant de nouveaux blocs, ayant soin toutefois d'élever proportionnellement la poulie dans la mortaise de la planche. Vous collez alors votre longue bandelette adhésive sur les cotés interne et externe de la jambe, depuis le genou jusqu'aux malléoles, laissant au-dessous d'elles une anse libre assez longue pour déborder en bas la plante du pied de quatre à cinq pouces. Pardessus cette bandelette longitudinale vous appliquez circulairement ou en spirale, à différentes hauteurs, les bandelettes étroites. Enfin, pour faire adhérer davantage toutes ces bandelettes, et les empêcher de se décoller sous l'effort de la traction qu'elles auront à supporter, vous appliquez pardessus, avec une certaine pression, une de vos bandes de flanelle. Vous êtes maintenant prêts à faire la réduction, prêts aussi à la maintenir une fois faite. Pour cela vous attachez 10 à 15 livres de poids à la corde et celle-ci à l'anse de la bandelette adhésive au-dessous du pied. La traction qui s'en suit redresse le membre et l'allonge dans les cas récents. Vous pouvez vous-même aider la réduction en tirant ou faisant tirer sur le pied et en le ramenant dans une bonne position, s'il se trouve dans l'éversion ou l'inversion. Il ne vous reste plus qu'à placer votre longue attelle. Vous la

maintenez par un bandage spirale sur la jambe et la cuisse, et par une ou deux bandes de corps au niveau du tronc. En vous servant d'une longue attelle ordinaire avec double ouverture en haut et double échancrure en bas, et en la faisant dépasser le pied de quelques pouces, vous pouvez très facilement, si l'occasion s'en présente, transformer votre appareil à poids en appareil ordinaire de Liston, vous n'avez qu'à mettre dans le périnée, pour la contre-extension, le plein d'un mouchoir rembourré dont vous nouez les deux extrémités après les avoir passées dans les ouvertures de l'attelle, et à fixer en bas, à la dent qui sépare les deux échancrures, la corde destinée à supporter les poids. Nous ne mettons pas habituellement ici autour de la cuisse les courtes attelles ordinairement recommandées dans la méthode. Il n'y aurait certainement pas de mal à le faire, surtout pour l'attelle postérieure, qu'on choisit alors assez longue pour s'étendre de la partie supérieure de la cuisse jusqu'en bas du mollet. Nul doute qu'elle n'aide à supporter les fragments. L'immobilité toutefois est parfaitement maintenue par la longue attelle seule, pourvu que les bandages sur le membre soient appliqués un peu serrés. Cette compression uniforme et un peu élastique des bandes de flanelle s'oppose de plus dans une certaine mesure à la contraction musculaire. Mais comme il y aurait quelque danger, dans les cas récents, à appliquer ces bandages un peu trop serrés avant l'apparition du gonflement inflammatoire, la pratique a prévalu de refaire l'appareil plus solidement après la disparition du gonflement, c'est-à-dire vers la fin de la première semaine. La règle d'ailleurs est de refaire les bandages toutes les fois qu'ils se sont relâchés. Dans ces manipulations du membre blessé, avec un peu de précaution et d'habileté, vous ne dérangerez pas les fragments et ne causerez pas de douleur. Ayez soin de ne pas enlever l'extension pendant que vous les faites; exagérez-la même, soit en ajoutant quelques livres à votre poids, au pied du lit, soit ce qui vaut encore mieux, en transformant temporairement votre appareil à poids en appareil de Liston, de la manière que je vous ai indiquée il y a un instant. Vous faites alors une extension énergique, mais qui sera supportée assez longtemps pour vous permettre de réappliquer les bandages. Je puis vous déclarer que je ne connais pas de meilleur moyen que cette extension quelque peu exagérée, pour manipuler les membres fracturés, sans douleur pour le blessé et sans déplacement pour les fragments.

J'enlève donc ici les bandages qui retiennent la longue attelle. Maintenant que la surface du membre est exposée vous pouvez mieux juger de l'état de la fracture. En palpant la cuisse à son niveau, vous percevrez facilement comme un épaississement général de l'os, mais vous ne sentez de saillie indue ni d'un côté ni de l'autre; c'est à peine s'il vous est encore possible de reconnaître que le fragment supérieur est légèrement en avant de l'autre. Si je fais des pressions alternatives en avant et en arrière, je ne détermine aucun déplacement, comme si l'union était déjà solide. Il ne faut pas oublier que les réparations osseuses sont rapides dans la jeunesse et que l'accident ici remonte à vingt deux jours. Toutefois cette solidité n'est qu'apparente et ne résisterait pas longtemps à l'action musculaire si le membre était laissé libre.

Voyons maintenant ce que nous avons gagné au point de vue de l'allongement. Vous savez que le raccourcissement était de deux pouces

et demi, il y a dix jours, quand le blessé a été apporté à l'hôpital. En appliquant l'appareil, j'ai fait une extension assez énergique avec mes mains au moment où j'ai attaché les poids. Cette extension est restée sans résultat apparent, et je m'y attendais; les muscles, laissés à eux-mêmes depuis douze jours, s'étaient rétractés considérablement, et je ne pouvais espérer leur rendre en un instant leur longueur première. La réduction, que j'appelle instantanée, étant donc considérée impraticable, j'abandonnai à l'appareil le soin d'en faire une *graduelle*. Je mis un poids de dix livres ce jour là, poids évidemment trop léger pour un adulte, mais le sujet était jeune. Le lendemain le résultat obtenu durant les premières 24 heures n'étant pas satisfaisant, ce poids fut du coup porté à dix-huit livres et put être toléré. La rétraction musculaire commença à céder et le membre acquit bientôt la longueur qu'il a aujourd'hui. Cette longueur peut vous paraître exagérée si vous examinez le niveau des deux pieds; en effet le pied droit dépasse considérablement l'autre; mais rassurez-vous, cette longueur n'est qu'apparente et est dûe à l'abaissement du bassin à droite. Vous n'avez qu'à jeter un coup d'œil sur la région pour voir que l'épine iliaque antérieure et supérieure est beaucoup plus basse de ce côté. Cet abaissement du bassin du côté du membre fracturé, dû surtout à l'extension, est beaucoup plus marqué avec notre appareil actuel qu'il ne l'était avec la longue attelle de Desault alors que la contre-extension sur le périnée s'y opposait dans une grande mesure. Maintenant que le malade est bien droit dans son lit, les membres inférieurs sont bien parallèles et continuent bien la direction générale du tronc; je mesure donc avec ce galon gradué l'espace qui sépare l'épine iliaque de la malléole interne. Je trouve pour le côté blessé un raccourcissement de trois quarts de pouce. J'avais donc raison de dire que la longueur n'était qu'apparente, puisque la mensuration, moyen plus délicat de l'apprécier, nous donne un raccourcissement. Mais je tiens à ajouter que ce raccourcissement, indiqué par la mensuration comme je viens de la prendre, et c'est la manière dont la plupart des chirurgiens la pratiquent, est lui-même exagéré. C'est encore l'abaissement du bassin qui va nous en donner l'explication. Je fais un moment appel a vos connaissances en ostéologie. Vous n'avez d'ailleurs qu'à jeter un coup d'œil sur le squelette articulé qui se trouve dans la salle de nos conférences pour vous convaincre de la vérité de la proposition que je vais développer. Si vous imaginez deux lignes qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de la malléole interne, se rencontrent au centre de la cavité colyloïde, ces deux lignes formeront un angle ouvert en dehors. Si maintenant vous en supposez une troisième réunissant l'extrémité libre des deux premières, c'est-à-dire, réunissant l'épine à la malléole—c'est justement la ligne que je viens de mesurer, —il est évident que cette ligne sera plus longue quand l'angle entre les deux premières sera plus ouvert, et qu'elle sera plus courte quand l'angle sera plus fermé. L'abaissement latéral du bassin à droite tend évidemment à fermer cet angle et à raccourcir proportionnellement la distance de l'épine à la malléole. Son élévation à gauche, au contraire, ouvre l'angle et allonge la même ligne de l'autre côté. Pour conserver le même angle et ne pas rendre illusoires les données de la mensuration, il faudrait, quand un des côtés du bassin est abaissé, porter le membre correspondant dans une adduction proportionnée; au con-

traire, lorsque le bassin est élevé, il faudrait porter le membre dans l'abduction. Or ici, en mesurant dans le parallélisme les deux membres inférieurs quand le bassin est si évidemment abaissé d'un côté et élevé de l'autre, je n'ai pas tenu compte d'une cause d'erreur très appréciable. Je recommence donc la mensuration en tâchant cette fois-ci d'appliquer les principes que je viens de poser. Comme le membre droit est fixé par l'appareil, je le mesure tel que je le trouve, sans chercher à corriger par l'adduction du membre l'abaissement du bassin. Du côté gauche j'ai plus de liberté. Et comme de ce côté le bassin est élevé, je porte le membre dans une abduction suffisante pour avoir entre lui et la ligne *ilio-cotyloidienne* un angle présentant la même ouverture qu'à droite. C'est là une affaire de coup d'œil, et vous concevez qu'on puisse errer légèrement en plus ou en moins. En mesurant dans cette nouvelle position je trouve que le raccourcissement du membre est moindre qu'un demi-pouce. C'est à peu près celui qu'il gardera, car je ne compte guère gagner davantage sous ce rapport. L'expérience a prouvé surabondamment, en effet, combien il est difficile d'obtenir une guérison de fracture de cuisse *sans raccourcissement*, quand la fracture est oblique, et malheureusement c'est presque toujours le cas chez l'adulte. Moi qui ne me rappelle pas avoir jamais constaté un pareil résultat sur les quelques centaines de fractures de cuisse que j'ai eu l'occasion d'observer, je me prends quelquefois à douter un peu de sa possibilité. Mais nous pouvons espérer maintenir la longueur actuelle; car notre blessé tolère remarquablement bien l'extension énergique que nous faisons, et le cal semble se durcir rapidement. C'est à tel point que si rien de fâcheux ne survient, nous pourrons diminuer un peu le poids extenseur dans dix ou quinze jours, et enlever complètement l'appareil dans le cours de la sixième semaine. Pour un individu plus avancé en âge il ne faudrait pas y songer avant la septième semaine.

Je ne saurais assez vous mettre en garde contre le danger d'enlever trop tôt l'appareil dans les fractures de cuisse. L'union paraît solide longtemps avant que la prudence ne nous permette de laisser le membre libre. Qu'arriverait-il ici, par exemple, si, trompés par l'apparence de solidité du cal que nous venons de remarquer, nous enlevions aujourd'hui l'appareil ? En toute probabilité, d'ici à quelques jours, nous verrions se développer du gonflement de la cuisse avec un peu de douleur au niveau de la fracture; en même temps le membre, de plus en plus *impuissant*, prendrait graduellement une *courbure* à convexité antero-externe, et le raccourcissement se reproduirait en tout ou en partie. Je vous donne ces signes parce que je les ai souvent notés. Quand on les voit survenir après l'enlèvement de l'appareil, il y a indication urgente de réappliquer ce dernier, même s'il n'a pas été enlevé avant le temps ordinaire. C'est que le cal, encore trop cartilagineux, n'était pas suffisamment ferme pour résister à l'action musculaire. Dans tous les cas, une fois l'appareil enlevé, gardez votre malade au lit une couple de semaines, tout en l'engageant à faire avec son membre blessé des mouvements de plus en plus étendus; quand à la fin il se lèvera, il devra se servir de béquilles pendant assez longtemps.

Une certaine roideur au genou, habituelle après cette immobilité prolongée de l'articulation, persiste plus ou moins de temps, mais se

dissipe habituellement à la longue, parfois assez rapidement. Les cas les plus rebelles, sous ce rapport, qu'il m'ait été donné d'observer, ont presque toujours été chez des individus dont la fracture avait été tout d'abord insuffisamment traitée, c'est-à-dire, où l'appareil avait été enlevé trop tôt. L'impuissance du membre, remarquable dans ces cas, ne permet pas aux blessés de profiter de leur temps de liberté pour faire faire des mouvements à leur genou.. Plus tard la consolidation imparfaite du cal étant reconnue à la courbure que prend la cuisse, l'appareil est réappliqué, de sorte que, en définitive l'immobilité de l'articulation dure trois mois au lieu de 6, 7 ou 8 semaines au plus.

Si notre blessé guérit avec le raccourcissement léger qu'il a aujourd'hui, il ne boitera pas; l'abaissement du bassin à droite compensera l'inégalité de longueur des deux membres. La claudication ne serait permanente que si le raccourcissement dépassait un pouce, et encore dans ce cas le sujet pourrait y remédier en portant des bottines à talons inégaux.

21 *Novembre.*—Le malade laisse l'hôpital un peu plus tôt que nous ne l'aurions désiré, pour s'embarquer comme passager sur le dernier steamer en partance pour l'Ecosse, son pays. L'appareil avait été enlevé dix jours auparavant, et le malade se levait avec des béquilles depuis quelques jours. La mensuration méthodique, prise la veille de son départ, donnait un demi pouce de raccourcissement. La raideur du genou disparaissait rapidement.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—**M. LARAMEE.**

De la fièvre typhoïde; diagnostic et traitement.

Nous avons, dans notre dernière leçon, étudié la fièvre typhoïde au double point de vue étiologique et pathogénique. Aujourd'hui, nous allons passer en revue les principaux symptômes de cette maladie, je veux dire ceux qui, étant les plus saillants, peuvent le plus facilement nous mettre sur la voie du diagnostic. Il va sans dire que nous ne pouvons pas, dans une seule leçon, parler de tout ce qui se rapporte à la fièvre typhoïde, même au seul point de vue de la symptomatologie. Les traités de pathologie interne que vous avez entre les mains vous en donnent d'ailleurs des descriptions suffisamment détaillées. Ici nous devons examiner la question dans son aspect purement clinique, et conséquemment borner nos remarques aux signes et symptômes les plus importants et les mieux caractérisés. Ces symptômes nous sont fournis par la température, la circulation, les systèmes nerveux, digestif, cutané, etc.

Les auteurs divisent généralement la fièvre typhoïde en plusieurs stades ou périodes que l'on peut réduire à trois bien distinctes, chaque période durant sept jours, en moyenne, ce qui donne une résultante de trois ou quatre semaines de durée pour la maladie. La première période est dite *d'augment* ou de progrès; la deuxième, qui est de beaucoup la plus importante, a reçu le nom de période stationnaire ou

d'*état*; la troisième enfin s'appelle période *de déclin*. Mais n'oubliez pas que chaque période peut dépasser de beaucoup les sept jours, ou quelquefois être abrégée d'une manière assez remarquable.

Quand commence la fièvre typhoïde? Avec la période dite d'incubation? Non pas, parce que durant l'incubation la fièvre est nulle, mais bien au moment où la fièvre s'annonce, ou quand le malade prend le lit, ou encore, au moment où éclate le frisson initial, frisson assez peu marqué en général et qui se présente la plupart du temps sous forme de *chair de poule*. Il n'est donc pas toujours facile de remonter, dans tous les cas, au début de la maladie, parce que le patient prend le lit plus ou moins tôt, suivant l'intensité du cas, ou bien le *frisson* peut manquer ou passer inapperçu, de sorte, qu'au début, on manque souvent l'occasion d'apprécier la marche de la température.

Dans la fièvre typhoïde, la température possède une allure spéciale, unique, je dirai même pathognomonique, tandis que dans les fièvres à *frigore*, les inflammations aiguës, la scarlatine, la variole, la rougeole, le pyémie, l'érysipèle, les fièvres tremblantes etc., la température s'élève souvent à son maximum dès le début; dans la fièvre typhoïde, au contraire, la température a habituellement une marche *ascendante*, puis *stationnaire* et *descendante*. Durant la période d'augment, elle s'élève graduellement jusqu'à 103° Fahr., 104° et même davantage parfois, 103° étant la moyenne pour les cas ordinaires; dans cette marche ascendante de la température, celle-ci est non seulement toujours plus élevée le soir qu'elle ne l'est le matin, ce qui a lieu, du reste, à toutes les périodes de la maladie, mais elle est aussi plus élevée le matin qu'elle ne l'était le matin suivant; elle varie d'un ½ degré à 1½ degré entre le matin et soir. Dans la période d'état, ou continue, la température reste élevée et stationnaire, présentant un chiffre très voisin du maximum atteint à la fin du stade de progrès, avec une rémission plus ou moins faible le matin, mais plus la rémission est légère plus le pronostic est grave. Il ne faut donc pas toujours interpréter le mot continue dans son sens le plus strict, puisqu'il y a toujours rémission matinale. Du reste il n'y a aucune maladie dans le domaine de la pathologie qui mérite d'être appelée *continue* dans le sens strict du mot (Wilson). A la période de défervescence, la température s'abaisse en général et d'une manière plus ou moins rémittente, mais les rémissions matinales sont *accentuées*. C'est vers midi, que la température commence à s'élever, elle atteint son maximum entre 7 et 11 h. p.m. A minuit ou à peu près, elle commence à s'abaisser pour atteindre son minimum vers 6 ou 8 h. a. m. C'est donc vers 8 h. le matin et 9 h. le soir qu'il convient de prendre la température du malade. (Wilson).

Bien des causes intercurrentes peuvent, à un moment donné, contribuer à élever le degré de la température au cours d'une fièvre typhoïde; ainsi une visite inattendue, une émotion morale un peu vive, un changement de lit, de diète, peuvent amener ce résultat, mais pour un temps seulement, le thermomètre indiquant un retour à la température habituelle aussitôt que la cause a cessé d'agir.

Une élévation subite et considérable de la température indique une complication inflammatoire; par contre, un abaissement subit et considérable, durant le progrès de la maladie, indique une hémorrhagie intestinale; cependant à toutes ces règles il y a des exceptions.

Toute température dont le chiffre dépasse beaucoup 103° Fahr., le soir, (et à plus forte raison le matin) et cela d'une manière soutenue, pendant plusieurs jours, doit donner des inquiétudes sur l'issue de la maladie. Le fait est qu'une température persistant à un degré élevé avec rémissions bien légères est en général plus défavorable qu'une température très élevée le soir mais avec rémissions bien marquées le matin. On peut dire qu'ordinairement la température est d'autant plus élevée que les lésions sont plus étendues, mais n'oubliez pas encore ici les exceptions, puisqu'il se rencontre des cas de fièvres typhoïdes dites légères dans lesquelles la fièvre est quelquefois nulle et cependant ces fébricitants sont parfois victimes d'une hémorrhagie intestinale, perforation intestinale etc., preuve qu'il existait antérieurement une lésion assez avancée. Quand la température est revenue au chiffre normal le matin, on peut croire à la convalescence du malade.

Chez le convalescent la température est inférieure à la normale.

Règle générale, le pouls se comporte comme la température dont il suit les oscillations, c'est-à-dire qu'il s'élève durant la première période, se maintient élevé durant la seconde et diminue dans la dernière période, même au-dessous de la normale. Il est toujours moins fréquent le matin que le soir. Durant les huit ou dix premiers jours, il est un peu plus rapide qu'à l'état normal, assez fort et plein. Ce n'est qu'à la seconde période qu'il devient mou, faible, dépressible, irrégulier et même dicrote (*bis feriens*) ; ces derniers caractères sont d'autant plus marqués que le cas est plus grave. L'élévation du pouls est moindre que dans la plupart des autres maladies fébriles. Il arrive par exception que le pouls reste normal malgré une température bien élevée. Le dicrotisme et l'irrégularité du pouls sont en général des symptômes défavorables. Il en est de même de sa trop grande accélération ; un pouls se maintenant à 120 pendant plusieurs jours doit toujours donner de sérieuses inquiétudes. Tant que le cœur conserve sa vigueur, le pouls ne dépasse pas 100 et 110, mais dès qu'il perd de sa force, il s'accélère, et dans les cas extrêmes il devient moins fréquent. La plupart des fébricitants, qui meurent sans complication, sont emportés par une paralysie du cœur. (Dieulafoy).

Parmi les signes fournis par le système circulatoire, il ne faut pas oublier le saignement de nez. L'épistaxis se montre assez souvent au début de la maladie, comme à n'importe quelle période ; il est parfois assez abondant pour exiger le tamponnement des fosses nasales. Parfois il n'est constitué que par quelques gouttes de sang et c'est ce qui explique pourquoi il peut passer inapperçu. Il est important de noter que l'épistaxis abondant peut entraîner un abaissement de la température, mais cet abaissement ne modifie pas les autres symptômes généraux.

Les symptômes observés du côté du système nerveux ne sont pas moins accentués que ceux appartenant aux autres systèmes. Au début de la maladie, le sujet accuse une céphalalgie qui est peu intense en général, et siège la plupart du temps dans les régions frontale, occipitale, parfois dans toute la région céphalique. Elle se fait sentir davantage le soir, c'est-à-dire au moment où le pouls et la température atteignent un chiffre plus élevé. La douleur de tête se maintient ordinairement durant toute la première période, et cesse vers le dixième jour.

A part la céphalalgie, le malade se plaint aussi d'insomnie, laquelle

commence souvent dès les premiers jours et persiste parfois jusqu'à la convalescence. S'il n'y a pas insomnie complète, le sommeil, peu réparateur du reste, est fréquemment troublé par des rêves pénibles.

Très souvent les patients se plaignent, surtout au début, de douleurs siégeant dans le cou, le tronc et les membres, de courbature etc. Ces douleurs durent peu en général ; elles disparaissent durant le cours de la deuxième période.

Le délire est habituel dans la fièvre typhoïde, et se déclare le plus souvent durant la deuxième période, après la céphalalgie; il est habituellement plus marqué la nuit, comme la céphalalgie et la plupart des autres symptômes importants de la fièvre typhoïde. Le délire peut faire défaut dans tout le cours de la maladie, mais, après la guérison, règle générale, le patient se rappelle à peine ce qui s'est passé durant sa maladie. Ce délire est ordinairement calme et tranquille, exceptionnellement agité et furieux, ce qui arrive surtout chez les alcooliques et les sujets à tempérament nerveux.

Les bourdonnements, *les bruits de cloches dans les oreilles* constituent avec le vertige deux symptômes qui manquent rarement. On les remarque dès la première période, et plus souvent encore à la deuxième. La surdité est habituelle et généralement des deux côtés, parfois d'un seul côté; autrefois on considérait la surdité des deux côtés comme un signe favorable, mais cette manière de voir n'est plus admise aujourd'hui. On observe aussi du tremblement de la langue, des lèvres et des mains. Parfois il y a paralysie de la vessie et rétention d'urine consécutive. Si la maladie s'aggrave on peut rencontrer la paralysie des sphincters vésical et anal.

La carphologie apparait généralement aussi dans la deuxième période, et parmi les symptômes nerveux de mauvais augure elle occupe le premier rang.

Le système digestif nous fournit des signes très précieux pour le diagnostic de la fièvre typhoïde. Disons tout d'abord que l'appétit, a partir de la deuxième période, est généralement nul, mais la soif perd de son intensité avec les progrès de la maladie. Les nausées et vomissements sont assez rares chez l'adulte, plus fréquents chez l'enfant. Au début la langue est blanchâtre, large, collante au doigt. Avec les progrès de la maladie (deuxième période), elle se recouvre d'un enduit grisâtre ou jaunâtre, parfois noirâtre, composé de mucus desséché, de débris épithéliaux et de sang. A cette époque la langue devient étroite, effilée, sèche, comme si elle était *rôtie*, suivant l'expression de Dieulafoy. De même, les lèvres se dessèchent et se couvrent de fuliginosités ; on retrouve aussi ces enduits divers, sordes etc., sur les autres muqueuses.

Ici, j'insiste sur la manière particulière dont le typhique sort sa langue hors de la bouche. Il le fait très lentement, comme à regret et en hésitant, et une fois que l'organe est tout à fait hors de la cavité buccale, le malade l'y laisse, comme s'il oubliait de la rentrer ; la langue est tremblottante, comme je vous l'ai déjà dit. Je rappellerai en passant que plusieurs d'entre vous ont déjà pu, par ce seul caractère particulier de la langue, porter un diagnostic probable de la maladie qui nous occupe.

La fièvre typhoïde s'accompagne le plus souvent de diarrhée. Cette diarrhée persiste, en général, du commencement à la fin de la maladie.

En certains cas, il y a, au contraire, constipation, et cela depuis le début jusqu'à la convalescence. En même temps que la diarrhée, on observe deux signes auxquels on a accordé naguère une importance un peu exagérée : je veux parler du gargouillement et de la douleur à la fosse illiaque droite. Le gargouillement, perçu en palpant un peu profondément la fosse iliaque droite, n'est pas, comme on l'a cru, particulier à la fièvre typhoïde. On le rencontre chaque fois qu'il y a diarrhée ou purgation. La douleur siégeant au même endroit est, en général, peu marquée, souvent presque nulle. La plupart du temps le malade n'en parlerait pas et ne la percevrait même pas si on n'exerçait une pression au niveau de la région. Le fait que la douleur est peu prononcée s'expliquerait parce que le petit intestin est pauvre en nerfs sensitifs.

A la percussion, on constate de la tympanite sur toute la région abdominale. Le météorisme est d'autant plus prononcé que la paralysie intestinale dont il est le symptôme est plus considérable.

Il est un organe abdominal qui ne laisse pas que de nous donner un utile renseignement. Je veux parler de la rate, qui dans la fièvre typhoïde augmente de dimensions, s'hypertrophie, jusqu'à atteindre un volume trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal. L'hypertrophie de cet organe commence à bonne heure, progresse durant la seconde période et s'efface graduellement dans la dernière période. C'est au-dessous de 30 ans, en général, que cette hypertrophie est la plus accentuée, et c'est plutôt dans le sens horizontal que dans le sens vertical que se fait la progression de la rate.

La peau nous fournit ici un signe diagnostique d'une grande valeur : c'est l'éruption de taches rosées lenticulaires. Cette éruption a lieu dans la grande majorité des cas. Les taches sont appréciables au toucher, d'un rose plus ou moins vif et rarement confluentes ; elles font leur apparition vers le deuxième septenaire, principalement sur la poitrine et l'abdomen, plus rarement dans le dos, presque jamais sur la face ; elles disparaissent à une *forte* pression. Elles font irruption par poussées successives de cinq à dix ou douze et davantage à la fois ; chaque récolte dure trois à quatre jours et est remplacée par une autre. L'éruption dure de deux à trois semaines.

Durant la période de convalescence, les taches ne se montrent plus, mais on peut les retrouver dans les cas de rechûtes de la maladie. Il n'y a pas de relation entre la gravité de la maladie et le plus ou moins de confluence des taches. Elles sont plus distinctes sur une peau blanche que sur une peau brune. Ces taches peuvent exister, mais bien exceptionnellement, dans d'autres maladies v. g., la tuberculose aiguë, la méningite tuberculeuse. Elles ont généralement de deux à trois lignes de diamètre.

Ces taches rosées ne doivent pas être confondues avec les pétéchies, le purpura (rare), car dans ce dernier cas la pression du doigt ne les fait pas disparaître.

Il y a encore les sudamina, mais ils n'ont pas de caractère important, vû qu'on les rencontre dans la plupart des affections fébriles.

Je viens de vous donner un aperçu des principaux et plus saillants symptômes de la fièvre typhoïde commune, c'est-à-dire lorsque celle-ci suit sa marche ordinaire, chez l'adulte. Chez l'enfant et le vieillard, nous rencontrons des variantes.

Ainsi, chez l'enfant, il y a plus de nausées et de vomissements, mais moins de troubles intestinaux, moins de météorisme et moins de diarrhée. Quoiqu'il y ait peu de délire, les convulsions sont plus communes chez eux ; les taches rosées s'y montrent plus rarement, et la langue reste plus ou moins humide jusqu'à la fin.

Chez le vieillard, il y a moins de fièvre, moins de taches, peu de délire. Par contre on constate une plus grande tendance à la prostration générale et à l'adynamie. Chez eux, la rate s'hypertrophie peu, tandis que chez l'enfant l'hypertrophie est bien marquée.

Du côté de l'appareil respiratoire, il est important de noter que la toux est légère, peu fréquente ; cependant, à l'auscultation, on trouve de nombreux râles sonores et muqueux. La fréquence de la respiration est en proportion de l'élévation de la température. Une respiration bruyante et irrégulière appartient ordinairement aux cas très graves.

Les urines sont généralement peu abondantes, foncées et contiennent souvent, vers la 2e semaine, de l'albumine qui disparait dans le cours de la 3e semaine. On a dit que cette albuminurie pouvait passer à l'état chronique et devenir le point de départ du mal de Bright. Il est évident que les urines contiennent d'autant moins d'urée que l'état typhoïde est plus avancé, et Flint est d'opinion que les convulsions qui se présentent exceptionnellement chez l'adulte dans le cours de la fièvre typhoïde sont des convulsions dites urémiques.

On a décrit plusieurs variétés, formes, etc., de fièvre typhoïde ; la plupart ont la même tendance à marcher vers la forme adynamique ou ataxo-adynamique. On a décrit une forme *lente* ou légère, une forme muqueuse ou *walking typhoid*, durant laquelle le malade ne prend pas le lit , mais continue à marcher et à vaquer un peu à ses occupations, et c'est principalement dans ces variétés que la fièvre est plus ou moins nulle et c'est, par conséquent, dans ces différentes formes que la marche typique de la température peut faire défaut. Encore une fois, quelque mitigées que soient ces formes, elles n'en appartiennent pas moins à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire à une maladie qui tend d'elle-même à l'adynamie et à l'ataxie. Vous devez donc toujours être sur vos gardes quand il s'agit de porter un pronostic. Quelque léger que le cas vous paraisse, ne vous hâtez pas, surtout quand il s'agit d'un sujet un peu âgé, d'émettre un pronostic favorable. Souvent, alors, la mort arrive rapidement, soit par hémorrhagie, soit par perforation intestinale. J'ai eu occasion d'observer des cas très bénins en apparence et chez lesquels la maladie semblait suivre une marche des plus rassurantes, et où cependant est survenue de l'hémorrhagie intestinale suivie de mort rapide.

Il est une forme particulière de fièvre typhoïde, à laquelle quelques auteurs français ont donné le nom d'*abortive*. Dans cette forme, la maladie, après s'être affirmée brusquement par les symptômes ordinaires, s'arrête *tout-à-coup* entre le 7me ou le 14me jour, comme pour rebrousser chemin, et disparaît sans plus de façon. Cette chûte de la fièvre coïncide habituellement avec des sueurs abondantes. (Jacçoud) On observe, paraît-il, assez souvent cette forme en France ; ici, nous ne devons la rencontrer que très rarement. Wilson la déclare également bien rare aux Etats-Unis. Cette variété de fièvre typhoïde peut être confondue avec la fièvre *à frigore*.

La plupart des cas que l'on range sous le nom de fièvre continue

simple ne sont que des cas de fièvre typhoïde à forme légère. Les anciens avaient bien raison d'établir que toute fièvre dépassant huit jours doit, en l'absence de toute lésion inflammatoire, être rattachée à l'affection typhoïde.

La chûte des cheveux se montre entre la septième et la douzième semaine à dater de la convalescence. C'est un symptôme éloigné qui manque assez rarement.

Le traitement de la fièvre typhoïde a donné et donne encore lieu à bien des discussions dans le monde savant. Mais ce qui paraît bien probable, c'est qu'aucun traitement n'a pu faire avorter la fièvre typhoïde. Les uns recommandent la quinine à hautes doses (doses antipyrétiques), les autres préfèrent la donner à doses fractionnées (doses toniques). Ici ce sont les bains froids que l'on préconise pour combattre l'hyperthermie ; là ce sont les stimulants. Certains auteurs vantent le traitement antizymotique par l'acide phénique, etc ; d'autres préfèrent les salicylates.

Nous n'avons pas à entrer dans les détails ici, ni à discuter la valeur relative de ces différentes méthodes, je dirai seulement que la méthode antipyrétique ou méthode de Brand est très en vogue en Allemagne, mais elle l'est peu en France, dans la Grande-Bretagne et en Amérique, et j'ajouterai qu'elle n'est pas admise parmi notre population qui se refuse presque toujours à nous la laisser employer. On tourne alors la difficulté en remplaçant les bains froids par les lotions froides ou chaudes qui amènent aussi comme résultat ultime la réfrigération. On ajoute à l'eau de l'alcool, du *bay-rum* ou du vinaigre aromatique. On a recours parfois aux lotions froides. Ces lotions, que l'on pratique deux ou trois fois par jour, ont l'avantage, sur les bains, qu'elles n'exigent pas le déplacement du malade. La quinine n'a pas pour effet d'abréger la maladie, à quelque dose qu'on la puisse donner. Pour en obtenir des effets antipyrétiques marqués, il faut la donner aux doses de 15, 20, 30, 40 grains, ou même davantage. Le mode d'administration ordinaire c'est de donner, le soir, 5 à 6 grains, de dix minutes en dix minutes, dans l'intervalle d'une heure, jusqu'à la dose entière, mais n'oubliez pas que ces doses élevées de quinine ont l'inconvénient de produire le *quinisme*, et que leur effet antipyrétique est passager. Du reste, je vous conseille de réserver la quinine à doses élevées pour les cas où la température est remarquablement haute. Ici, nous employons la quinine à doses toniques, c'est-à-dire d'un demi à deux grains, trois fois par jour, et généralement nous nous en trouvons bien. Dans la deuxième période, et *à fortiori* contre l'adynamie, les stimulants alcooliques sont très à propos. Le salicylate de soude a aussi pour effet d'abaisser singulièrement la température, mais il a une tendance à troubler les fonctions digestives et rénales, et de plus, à cause de son action dépressive sur le cœur, il doit être employé avec réserve.

Dans tous les cas, il faut soutenir les forces du malade, tout en suivant le conseil de Jaccoud, c'est-à-dire *donner peu mais souvent*. Cependant il n'est pas à propos de déranger le malade de son sommeil pour lui faire prendre de la nourriture ou des médicaments, car le sommeil est par lui-même réparateur des forces On soutient donc le malade par une diète généreuse, nutritive, mais liquide, avec les bouillons, le thé de bœuf, consommés, le lait, etc. Le lait surtout rend des services signalés, et il arrive parfois que certains

sujets le digèrent plus ou moins difficilement, mais on prévient ce contre-temps habituellement en y ajoutant de l'eau de chaux (1 pour 5 ou 6). N'oubliez jamais ce point important; la tendance de la maladie est à l'adynamie et il faut la combattre par tous les moyens possibles, et en premier lieu par une nourriture appropriée. Le praticien doit donc s'assurer si ses avis sont bien suivis et en même temps se tenir en garde contre les suggestions des parents et amis du malade.

Quand la diarrhée est légère, il vaut mieux ne pas intervenir, mais si elle devient abondante, on la combat par l'emploi du bismuth, de la craie et de l'opium. Pour combattre la fétidité des selles, on vante beaucoup le charbon végétal ou animal, la créosote, l'acide carbolique, etc. En général, on ne doit pas avoir recours aux purgatifs dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dans le cas de constipation il est préférable de se borner aux lavements légers d'eau de savon, etc. Les purgatifs, grâce aux mouvements péristaltiques des intestins, peuvent, dans certains cas d'ulcération intestinale avancée, occasionner des perforations ou du moins augmenter la lésion locale. Au début de la fièvre typhoïde, les purgatifs ne sont pas redoutables, mais il vaut mieux néanmoins les employer avec réserve; ce qui est encore préférable, c'est de les remplacer, dans tous les cas, par des lavements simples.

Il ne faut pas, non plus, interdire au malade l'usage de l'eau froide. L'eau froide prise en petites quantités à la fois ne fait absolument aucun mal. Le patient peut aussi, sans inconvénient, laisser fondre dans sa bouche de petits fragments de glace qui auront pour effet de calmer la soif parfois si intense. On se trouvera bien également des limonades au citron ou aux acides minéraux, des raisins de Malaga. On conseille quelquefois aux malades de sucer de petites tranches de citron ou d'orange. Il s'en suit une cuisson plus ou moins vive quand la muqueuse des lèvres et de la bouche est excoriée ou fissurée, ce qui arrive assez souvent. La glace, employée comme je viens de le dire, convient alors infiniment mieux. Les malades peuvent encore se rincer la bouche avec de l'eau *pure* ou mêlée avec un peu de claret, de vinaigre aromatique ou de teinture de myrrhe.

Quand la langue est bien sèche, la térébenthine est indiquée: 10 à 15 gouttes de térébenthine données dans du mucilage, trois ou quatre fois par jour, ont ordinairement pour effet de rendre la langue humide, ce qui est aussi de nature à calmer la soif.

Les Allemands ont recommandé le calomel à haute dose. Le calomel, à dose de 10 à 15 grains par jour, dans la première semaine, aurait pour effet, d'après les auteurs allemands, non seulement de modifier la diarrhée, mais encore d'abréger la durée de la maladie; cependant, d'après Jaccoud, les formes de fièvre typhoïde qui auraient paru céder ainsi à l'influence du remède devaient être des formes dites *abortives* lesquelles ont une tendance à se terminer d'elles-mêmes, brusquement, comme nous l'avons dit plus haut.

Contre l'hémorrhagie intestinale, outre le repos absolu et la diète sévère, on pourra recommander de sucer de petits fragments de glace et recourir à l'opium à doses modérées, soit par la bouche soit par le rectum. De plus l'ergot, l'ergotine en injection hypodermique à la dose de 10 grains toutes les heures, suivant le cas, les applications

froides sur l'abdomen etc. Wilson vante beaucoup la mixture suivante de Murchison contre l'hémorrhagie intestinale : ℞.—Acid. tannic. grs. x; Tr. opii, m. x; Spirit. terebenth., m. xv.; Mucilag. ʒii; Tinct. chloroform, m. xx; Aq. menth. pip. ad ℥i. A prendre en une seule dose toutes les deux heures.

Contre la péritonite, qu'elle soit due à une perforation ou à d'autres causes, l'opium à hautes doses et les moyens recommandés en pareil cas.

Contre la céphalalgie, il y a généralement peu de chose à faire, si ce n'est des applications froides sur la tête, repos absolu, obscurité de l'appartement du malade. Du reste, comme la céphalalgie disparait vers la deuxième semaine de la maladie, on a peu à s'en occuper. Contre l'insomnie, dans la première semaine, le chloral avec le bromure de potassium, et plus tard, l'opium ; mais n'oubliez pas de placer, autant que possible, votre malade dans une chambre bien aérée et vaste, avec une température de 60° et ne dépassant pas 70° F.

Contre l'insomnie, le chloral, dans la première période, agit efficacement, mais dans la période d'état les opiacés trouvent leur indication.

Avant de terminer, je rappelerai que dans les cas de fièvre typhoïde grave et de longue durée, comme le malade reste presque toujours couché sur le dos, il se forme souvent des eschares. Pour les prévenir ou les combattre, il est important de faire revêtir les points soumis à la pression, d'une forte couche de poudre de quinquina, ou de lotionner souvent avec de l'alcool, du vin aromatique, avec ou sans addition d'acide phénique, et surtout de faire changer fréquemment de position et de faire reposer le malade sur des coussins élastiques remplis d'eau froide ou d'air, etc.

Durant la convalescence il est à propos de prescrire une diète un peu solide, de la viande grillée en petite quantité, et cela graduellement, et il arrive souvent que la première ingestion de nourriture animale produit une élévation momentanée de la température qui peut atteindre trois degrés chez des sujets impressionnables. Jaccoud qui a eu l'heureuse idée d'appeler cette température *febris carnis* rappelle que l'alarme serait grande si l'on ignorait ce phénomène, sans gravité, d'ailleurs.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à vous faire sur la fièvre typhoïde, qui est toujours un sujet d'actualité, et je vous prie, en terminant, de ne pas oublier la proscription des visites inutiles, et les désinfectants dont nous avons parlé dans notre première leçon.

Mélano-sarcôme de la choroïde;

Par A. A. Foucher, M. D.,
Professeur à l'Université Laval, Montréal, Oculiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Observation I.—Dans le cours du mois de juillet 1882, Mme H. C..., âgée de 64 ans, est venue me consulter au sujet de l'un de ses yeux. La malade raconte qu'il y a à peu près neuf ans, elle s'est aperçue fortuitement qu'elle ne voyait pas de son œil droit. N'éprouvant aucune douleur, la patiente n'attacha pas d'importance à son état et ne consulta aucun spécialiste dans cet espace de temps. Aujourd'hui, elle désire savoir le pronostic d'une petite tumeur qui vient de faire son apparition à l'œil droit.

Etat actuel. O. D.—La cornée est terne, la pupille est contractée et obstruée par une opacité jaunâtre, la chambre antérieure est diminuée, l'œil est dur au toucher, pas douloureux. A la partie inféro-externe, un peu en arrière du corps ciliaire, on aperçoit une bosselure bleuâtre irrégulière de la grosseur d'un pois, recouverte par la conjonctive et adhérente à cette membrane ainsi qu'à la sclérotique.

Cette tumeur est apparue depuis un mois et demi, elle a progressé sans provoquer de douleurs, la malade n'accuse qu'un sentiment de gêne dû au frottement de cette tumeur sur la paupière inférieure pendant les mouvements du globe de l'œil. Diagnostic : tumeur mélanique.

Un confrère spécialiste, appelé en consultation, s'appuyant sur ce fait que la tumeur s'était développée lentement et sans provoquer de douleur, fut d'avis d'attendre quelque temps avant de proposer un traitement radical.

Le 28 septembre de cette année, la malade revient me voir dans l'état suivant : apparence générale de santé moins bonne que l'année précédente, la tumeur a augmenté considérablement de volume et fait saillie sous la paupière inférieure, l'œil est douloureux au toucher, la malade éprouve fréquemment des attaques de douleurs ciliaires qui lui otent tout repos.

L'énucléation de l'œil est proposée et acceptée. L'opération est pratiquée par le procédé de Bonnet et j'enlève en même temps que l'œil un grand lambeau de la conjonctive environnant la tumeur.

Examen macroscopique.—Une coupe de l'œil dans le méridien correspondant à la tumeur nous montre celle-ci remplissant complètement la cavité oculaire et se prolongeant au-dehors à travers une petite ouverture de la sclérotique, un peu en arrière du corps ciliaire.

Le néoplasme est d'une couleur noire foncée qui ne laisse aucun doute sur sa nature. Trois jours après l'énucléation, la malade a quitté l'hôpital en bonne voie de guérison. Six jours plus tard elle partait pour la campagne. D'après les dernières nouvelles qu'on m'a communiquées au sujet de cette patiente, la guérison se maintient.

Observation II.—M. L..., agé de 61 ans, est venu me consulter dans le cours du mois de juillet dernier au sujet d'un certain trouble de vue survenu dans son œil droit.

Interrogé sur le début des premiers symptômes, il me donne les renseignements suivants : sa vue a été bonne jusqu'en mai dernier ; à cette époque, il s'est aperçu qu'il y avait quelque chose qui gênait sa vision, ce furent d'abord des points noirs qui se déplaçaient pendant les mouvements de l'œil, plus tard le patient s'aperçut que les opacités prenaient une dimension plus considérable. A cette époque, en septembre dernier, l'examen ophthalmocopique fait voir dans le fond de l'œil, à la partie infero-interne, une proéminence de la rétine de forme irrégulièrement conique, à base large, étendue, originant près du corps ciliaire et faisant saillie dans le corps vitré. L'élevure est de couleur gris-bleuâtre ardoisée, on y distingue les arborisations vasculaires de la rétine. Le sommet du cône de la tumeur se détache nettement du reste de la rétine normale. Au pourtour de la bosselure, dans la partie qui a encore conservé la couleur rouge normale du fond de l'œil, on constate un déplacement des vaisseaux rétiniens causé par l'ébranlement d'un liquide sous-rétinien pendant les mouvements de l'œil. La tumeur grisâtre est fixe, il n'y a pas de mouvement, de flottement. L'œil est hypermétrope ainsi que son congénère. La perception lumineuse est bonne lorsque le patient porte fortement l'œil en haut. Depuis quelques jours le malade éprouve une sensation de plénitude dans l'œil. La pupille est normale, la tension intra oculaire est légèrement augmentée. Le diagnostic porté alors fut celui-ci : tumeur solide intra-oculaire, probablement un sarcôme de la choroide.

Un confrère spécialiste, appelé en consultation, confirme le diagnostic en tout point. Je proposai l'énucléation qui fut acceptée sans hésitation de la part du patient.

L'opération fut pratiquée d'après le procédé de Bonnet, de Lyon.

Examen macroscopique : Le globe de l'œil étant séparé en deux on aperçoit en arrière du corps ciliaire une tumeur noire de forme conique de la grosseur

d'une cerise. Encore cette fois la coloration de la tumeur ne laisse aucun doute sur la nature de celle-ci.

Le malade a quitté l'hôpital neuf jours après l'opération pour retourner à la campagne. Dès la quatrième journée cependant la plaie conjonctivale était guérie.

Les deux observations dont je viens de donner connaissance sont relatives à une variété de tumeurs qui offre un grand intérêt. Les premières descriptions de sarcôme de la choroïde sont encore de date relativement récente; on a confondu pendant longtemps le gliome de la rétine avec le carcinome et les différentes variétés de sarcôme de la choroïde. A l'époque où l'ophthalmoscope n'était pas encore en usage on croyait que le cancer de l'œil était secondaire et on le considérait comme une généralisation d'un cancer localisé à quelqu'autre organe, entr'autres le foie et le cerveau.

Aujourd'hui l'ophthalmoscope nous permet de reconnaître une tumeur intra-oculaire à son début et de suivre son évolution ; c'est ce qui a fait reconnaître que le cancer peut débuter dans l'œil et la généralisation se faire dans d'autres organes.

Les tumeurs cancéreuses de l'œil parcourent ordinairement quatre périodes bien distinctes : ce sont 1° la période de développement sans signe apparent extérieur de l'œil, 2° la période d'irritation ou glaucomateuse, 3° la période où les tumeurs font irruption en dehors de la cavité oculaire, 4° la période de généralisation par métastases sur les organes éloignés.

Les deux observations précédentes étaient donc, la première à la troisième période, et la seconde à la première période.

Le diagnostic différentiel des diverses variétés de tumeurs intra oculaires se bâse sur le fait que le gliome se développe surtout chez les jeunes sujets, et le sarcôme de la choroïde chez les personnes agées. Sous la dénomination de sarcôme de la choroïde, le prof. Knapp, de New-York, a compris aussi le carcinôme encéphaloide. De telle sorte que les deux grandes classes de tumeurs intra-oculaires comprennent des tumeurs de nature plus ou moins malignes les unes que les autres, mais offrant toutes un pronostic sérieux.

Les sarcômes de la choroïde peuvent être divisés en plusieurs variétés toutes plus ou moins sujettes à la critique.

Un sarcôme de la choroïde peut renfermer plusieurs éléments qui modifient son nom et son pronostic; ainsi un sarcôme peut être mélané, ostéoïde, caverneux, carcinomateux, etc.

Au point de vue pratique ces divisions n'offrent qu'une importance secondaire, car le diagnostic différentiel ne peut pas être fait sur place, il faut attendre que l'œil soit enlevé et la tumeur examinée au microscope. Qu'il suffise de connaître que toutes ces tumeurs sont d'autant plus malignes qu'elles renferment plus d'éléments embryonnaires, qu'elles sont toujours d'un pronostic sérieux, et que la forme la plus fréquente est le mélano-sarcôme, une des tumeurs les plus funestes.

Le diagnostic des tumeurs intra-oculaires n'est pas toujours très facile, à la première période. Le danger est de confondre un décollement rétinien simple avec un décollement accompagnant une tumeur. Ce qui contribue à lever les doutes en pareils cas, c'est que le décollement simple survient ordinairement chez les sujets atteints d'une forte myopie et chez lesquels la tension intra-oculaire est diminuée. Les tumeurs peuvent se rencontrer également sur les yeux myopes ou hypermétropes, mais la fréquence relative de l'hypermétropie peut

déjà nous aider dans le diagnostic. Sichel va même jusqu'à dire que, vu l'extrême fréquence de la myopie comme cause du décollement rétinien, toutes les fois que l'ophthalmoscope montre en même temps le décollement de la rétine, et l'œil en examen de construction hypermétropique ou même emmétropique, sans que le malade ait été victime d'un traumatisme direct du globe, on doit poser le diagnostic de tumeur de la choroïde et proposer l'énucléation.

Le malade de l'observation II était hypermétrope o. d. g., de plus la tension intra oculaire paraissait légèrement augmentée. Un autre symptôme d'une grande importance pour le diagnostic différentiel est celui-ci : lorsque la tumeur a pris quelque développement et que le liquide sous rétinien est en partie resorbé, on voit apparaître des bosselures ; si le liquide n'est pas complètement résorbé et que la tumeur siège plus ou moins à la partie inférieure, le liquide suivant les lois de la pesanteur se réunit autour de la base de la tumeur, tandis que le sommet se détache nettement du reste du fond de l'œil. Dans le cas que je viens de citer, ces deux symptômes étaient parfaitement caractérisés, on voyait distinctement le déplacement des vaisseaux rétiniens à la base de la tumeur tandis que le sommet bosselé demeurait fixe.

Ces différents symptômes nous ont permis de reconnaître à son début une maladie très grave et d'en faire bénéficier le patient. Ce fait isolé seul démontre l'importance de l'ophthalmoscope et la précision des renseignements qu'il nous donne.

Il reste à savoir si, après avoir diagnostiqué une tumeur intra oculaire en s'appuyant sur les symptômes précédemment indiqués, nous devons recourir immédiatement à l'énucléation ou attendre la 2ème ou la 3ème période. Il y a des médecins, très recommandables d'ailleurs, qui conseillent de temporiser. Quant à moi, je me range entièrement à l'opinion de ceux qui prétendent qu'il importe de reconnaître de bonne heure l'existence d'une tumeur intra oculaire et de débarrasser le malade le plus vite possible d'un hôte aussi dangereux. D'une indication comprise et remplie en temps opportun ou méconnue et différée peut dépendre la vie ou la mort d'un malade. On peut se demander à quoi sert de retarder une énucléation en pareil cas, lorsque l'on sait que les tumeurs intra oculaires sont généralement de nature très maligne. Il a été démentré que les récidives étaient de deux tiers plus fréquentes quand on a opéré à la 3ème période que quand on a opéré à la 1re et à la 2me. Plus on opère de bonne heure plus on a de chance de faire disparaître tous les germes, alors qu'ils sont encore circonscrits, isolés du reste de l'organisme par la coque de l'œil. Beaucoup d'auteurs expriment cette manière de voir, et parmi ceux-là, de Wecker, Giraud-Teulon, Panas, Knapp et Sichel s'accordent à dire que, du moment qu'une tumeur intra-oculaire est reconnue, tout retard dans l'intervention chirurgicale devient funeste.

On se trouve souvent embarrassé de conseiller à un malade un traitement aussi radical que l'est l'énucléation, surtout quand l'œil condamné est encore apte à rendre quelques services, soit que l'acuité visuelle soit plus ou moins conservée, soit que le globe de l'œil ait conservé sa forme. On doit cependant exposer nettement la situation ; les sarcômes mélaniques surtout exposent tellement à une généralisation au foie et ont une telle tendance à se terminer fatalement, qu'on peut être reconnaissant à la science d'avoir mis à notre disposition un moyen puissant de sauver la vie de quelques malades.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Diagnostic et étiologie de la chlorose. — Clinique de M. HARDY à l'hôpital de la Charité. — Le diagnostic de la chlorose est d'autant plus important que c'est de lui que dépendent le pronostic et le traitement. Il s'agit donc du diagnostic absolu et du diagnostic différentiel. Le premier se fera en se rappelant avec soin tous les symptômes de la chlorose et en les groupant en faisceau de façon à en faire un seul et même tout. Mais comme un certain nombre d'affections présentent des phénomènes capables de simuler ceux que l'on observe dans la chlorose, il est nécessaire de faire aussi le diagnostic différentiel de la chlorose et de ces maladies.

Tout d'abord nous devons la distinguer de l'anémie, qui est une affection consécutive, tandis que la chlorose est une maladie primitive et indépendante de tout autre état morbide.

Parmi les maladies avec lesquelles on peut parfois confondre le plus facilement la chlorose, nous citerons en première ligne, — l'anémie étant écartée, — la scrofule, surtout chez les jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans. Mais la scrofule a certains caractères spéciaux du côté des muqueuses, de la peau et des os. C'est ainsi qu'elle donne lieu à des éruptions *sui generis*, à des affections catarrhales, à un coryza chronique, à des otites, à des catarrhes pharyngés, à des abcès des os, à des engorgements ganglionnaires. La scrofule peut bien s'accompagner d'anémie, mais c'est bien de la scrofule et non de la chlorose.

Il faut aussi diagnostiquer cette dernière d'avec le cancer. Quelques femmes jeunes encore, âgées seulement de trente à quarante-deux ans, ont toutes les apparences de la chlorose; elles sont pâles, décolorées, elles ont de l'anhélation. Mais interrogez les avec soin, et vous verrez que ces phénomènes ne datent pas de l'âge de quatorze ou quinze ans, mais qu'elles sont anémiques depuis peu de temps, et que cette anémie est symptomatique d'une affection organique, notamment de quelque cancer de l'estomac ou de l'utérus. Vous en aurez, du reste, la confirmation, pour cette dernière affection, en constatant par exemple l'existence d'un suintement utérin blanc ou rouge, tandis que le toucher vous fera reconnaître la présence d'ulcérations ou de quelques aspérités du col. Un cancer au début pris pour une chlorose est une erreur de diagnostic assez facile à commettre si l'on n'étudie pas sérieusement sa malade.

L'albuminurie, bien que s'accompagnant de quelques-uns des symptômes de la chlorose: pâleur, décoloration des tissus, essoufflement, etc., prête beaucoup moins à l'erreur: du reste, l'examen des urines sera la clef du diagnostic; aussi je n'insiste pas.

Quant aux affections organiques du cœur, elles peuvent donner lieu à un certain nombre de phénomènes symptomatiques de la chlorose, tels surtout que des battements de cœur, des palpitations persistant même dans le séjour au lit, tels aussi que de l'œdème des membres inférieurs. Mais vous aurez en plus les signes fournis directement par-

le cœur lui-même, par l'état des vaisseaux; vous aurez surtout, dans la chlorose, les bruits de souffle avec leur caractère doux et systolique, vous aurez du côté des vaisseaux ce bruit du diable avec renforcement, s'accompagnant parfois d'un bruit musical.

La tuberculose, au début, est assez souvent confondue avec la chlorose, à cause de l'anémie qui peut l'accompagner avec tous ses symptômes de pâleur, de dyspepsie, de dérangement des règles, etc. Cependant, si l'on passe en revue tout l'organisme, ses divers appareils, et notamment l'appareil respiratoire, si l'on examine avec soin la poitrine, alors le diagnostic est fait, car aux phénomènes caractéristiques de l'anémie vous voyez se joindre les signes spéciaux de la tuberculose. C'est ainsi que vous noterez un amaigrissement de la poitrine; tandis que, dans la chlorose, les seins restent assez volumineux, nous les trouvons au contraire, affaissés, mous, amaigris, diminués de volume dans la tuberculose. Dans cette dernière vous verrez la poitrine s'aplatir d'avant en arrière, les côtes se rétracter; vous entendrez une toux particulière, sèche, quinteuse, souvent suivie de vomissements, ce qui n'existe pas dans la chlorose. De plus encore, les chlorotiques n'ont pas de crachements de sang comme les tuberculeux ni de la fièvre le soir, fièvre suivie de transpirations nocturnes. La percussion de la poitrine vous donnera un peu de matité à l'un des sommets, en même temps que l'auscultation vous indiquera un souffle du même côté et une expiration prolongée. En effet, à l'état normal, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 1, tandis que dans la tuberculose il y a égalité entre les deux ou prédominance même de l'expiration. De plus, vous constaterez parfois encore, au début de la tuberculose, un peu de sibilance voire même quelques râles sous-crépitants, mais très localisés au sommet du poumon.

Un autre signe différentiel se rencontre aussi dans les urines. Ainsi, tandis que chez les chlorotiques, comme nous l'avons dit précédemment, il y a diminution des phosphates, diminution de l'acide phosphorique, lequel peut tomber à 1 gramme par litre d'urine au lieu de 2 grammes; chez les tuberculeux, au contraire, la quantité d'acide phosphorique augmente et peut s'élever jusqu'à 3 grammes et plus même.

Enfin il nous reste à dire que l'hystérie accompagne souvent la chlorose, car il n'y a pas, à proprement parler, de diagnostic différentiel à faire entre les deux affections.

Quant au pronostic de la chlorose, il découle de tout ce que j'ai dit jusqu'à présent. Il est généralement favorable, la maladie guérit très bien sous l'influence d'un traitement prolongé. Il est bien entendu qu'il ne faut pas confondre la chlorose avec l'anémie pernicieuse où le pronostic est au contraire des plus graves, grâce au défaut de nutrition qui entraîne un affaissement rapidement progressif et la mort.

L'étiologie de la chlorose est importante à connaître. La chlorose est une affection spéciale au sexe féminin; je dis *spéciale* et non pas exclusive, car l'on rencontre quelquefois aussi des jeunes garçons, de douze à dix-huit et vingt ans, parfaitement chlorotiques; mais le fait est assez rare. La chlorose atteint surtout les jeunes filles, résultant surtout, a-t-on prétendu, du développement de l'individu, principalement du côté de l'appareil génital. Cela peut être vrai, mais non d'une façon exclusive, car on la voit très bien survenir à l'âge de vingt-cinq ans. Cependant, en thèse générale, nous devons dire qu'elle frap-

pe surtout de quatorze à quinze ans, et si plus tard on l'observe bien, presque toujours, dans ce cas, en interrogeant convenablement les antécédents de votre malade, vous découvrez que la chlorose actuelle n'est qu'une récidive. Dans tous les cas, la chlorose n'apparaît jamais pour la première fois à quarante ans; on ne l'observe jamais après la ménopause, malgré les phénomènes qui pourraient faire croire à son existence dans l'anémie symptomatique.

On trouve aussi quelquefois la chlorose chez les petites filles au dessous de quatorze ans, de même que chez les petits garçons à sept, huit, neuf ou dix ans. Aussi la chlorose prématurée me fait-elle envisager cette affection comme n'étant pas toujours sous l'influence de la puberté.

En résumé, l'on peut dire que la chlorose est la maladie des jeunes filles et des jeunes femmes, avec récidives possibles dans un âge plus avancé.

Elle paraît se développer sous l'influence du milieu, du séjour dans une habitation froide, humide, insuffisamment aérée, mal éclairée, sous l'influence aussi d'une mauvaise alimentation. Aussi les filles de concierge sont-elles, de toutes, celles qui se trouvent la plus prédisposées à devenir chlorotiques; il en est de même des demoiselles de magasin qui vivent constamment renfermées derrière un comptoir où, de plus, le soir, elles respirent un air vicié par l'éclairage au gaz.

Si des travaux exagérés, des veilles prolongées, des émotions morales peuvent également déterminer la chlorose, nous devons néanmoins reconnaître que dans certains cas la cause tangible nous échappe.—*Gazette des hôpitaux.*

Dégénérescence graisseuse du foie avec cirrhose et ascite ; paracentèse. — Clinique du prof. Austin FLINT, sr., à l'hôpital Bellevue, New-York.

J'ai choisi, avant hier, la malade que vous voyez ici pour en faire le sujet de quelques remarques pratiques au sujet du traitement de l'ascite due à la cirrhose du foie. Depuis lors, cette femme a eu une forte attaque de delirium tremens qui est venue corroborer notre diagnostic, mais qui, comme vous le voyez, l'a laissée dans un état qui ne nous permet pas, pour le moment du moins, d'explorer son abdomen d'une façon satisfaisante. J'ai appris par expérience que les femmes souffrant de delirium tremens sont encore plus indociles que les hommes se trouvant dans les mêmes conditions. Cette malade n'a pas fait exception à la règle et j'apprends qu'elle a, à plusieurs reprises, tenté d'assaillir ceux qui l'ont sous leurs soins.

Voici l'histoire de ce cas : Catherine S**, 50 ans, née en Angleterre, fut admise à l'hôpital il y a douze jours. Elle dit qu'elle a, depuis nombre d'années, fait usage de boissons alcooliques, mais modérément ; durant les six derniers mois, cependant, elle a bu davantage. Chaque matin, avant déjeuner, elle prenait du whisky ; au bout d'un certain temps, elle commença à souffrir de vomissements muqueux et d'anorexie, le matin.

Je ferai remarquer ici que la gastrite, telle que je viens de la décrire, se rencontre rarement, si ce n'est chez les alcooliques confirmés Cette malade, a, durant l'année dernière, vomi du sang de temps à autre, et il n'y a pas de doute que cette hémorrhagie a été due à la cirrhose hépatique dont elle est un des symptômes, comme vous le savez. Elle a

également souffert de douleur et de tuméfaction abdominales, et, trois semaines avant son admission, c'est-à-dire au temps où elle buvait plus que jamais, elle a eu de la diarrhée persistante. Nous avons donc là un groupe de symptômes caractérisant la cirrhose du foie: ascite, hémorrhagie et diarrhée.

Dernièrement, la malade a eu plus ou moins d'ictère, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ayant souffert de gastrite et de gastro-duodénite, l'inflammation s'est propagée au canal biliaire dont elle a amené l'obstruction, et, par conséquent, la jaunisse. En règle générale, la cirrhose du foie ne donne pas lieu à l'ictère. L'urine, dont la gravité spécifique est de 1014, renferme de la bile et aussi plus ou moins d'albumine. Dans le cas présent. le foie est hypertrophié et non pas rétracté, comme cela a lieu ordinairement dans la cirrhose, et je pense que nous avons raison de croire qu'il y a ici dégénérescence graisseuse, en même temps que cirrhose hépatique. Nous constatons que la rate est hypertrophiée, ce qui confirme l'existence de la cirrhose, l'hypertrophie de la rate accompagnant ordinairement cette maladie.

Ce cas est donc très intéressant, d'abord à cause du delirium tremens dont nous avons parlé en commençant, et ensuite, à cause de l'ascite qu'il présente. Nous avons combattu le delirium tremens au moyen de doses modérées d'alcool, des bromures et aussi, je crois, d'une certaine quantité d'opium. Les symptômes les plus violents ont disparu, mais vous remarquerez que le tremblement caractéristique de la maladie est encore bien marqué Je ne m'arrêterai pas à ce caractère de l'affection mais je passerai tout de suite à l'ascite dont je désire vous entretenir plus spécialement aujourd'hui.

Il est un point en rapport avec le traitement de l'ascite sur lequel j'ai beaucoup insisté depuis vingt ans; je veux parler de l'importance qu'il y a de faire la paracentèse abdominale de bonne heure, et de la pratiquer fréquemment dans la suite, si cela devient nécessaire. Bien que j'aie ainsi hautement préconisé cette méthode autant qu'il m'a été possible, je vois qu'elle n'est adoptée par la généralité des praticiens, tant ici qu'en Europe, que comme dernière ressource, quand tous les autres moyens ont échoué et que la quantité de sérum épanché est telle que la vie du malade en est directement compromise. Ce n'est que tout dernièrement que j'ai pu voir, dans le *British Medical Journal*, le compte-rendu d'une discussion qui a eu lieu à Londres sur ce sujet, et dans laquelle la majorité s'est prononcée en faveur de cette méthode. J'ai généralement observé que quand l'ascite survient à la suite de la cirrhose du foie la quantité de liquide augmente très rapidement. La ligne de conduite que je suis dans ces cas et que je ne puis vous recommander trop fortement est celle-ci: du moment que l'accumulation de liquide constitue une gêne pour le patient, il faut songer immédiatement à pratiquer la paracentèse.

Les principales objections que l'on a soulevées contre ce procédé sont au nombre de deux: 1° le collapse qui peut survenir si le malade est déjà affaibli; 2° la péritonite.

Quant au premier de ces dangers, je puis dire ici que je n'ai jamais vu, non seulement un seul cas fatal par cette cause, mais même un seul chez lequel il y eut une syncope alarmante. Si, cependant, on craint de voir survenir une syncope dangereuse pour la vie du sujet, on peut l'éviter facilement en soutirant le liquide au moyen de l'aspi-

rateur qui, vous le savez, n'opère que fort lentement. Pour ce qui est de la péritonite, je n'ai observé qu'un seul cas où cet accident vint compliquer la ponction de l'abdomen, et c'était chez un malade souffrant d'hydropisie généralisée reconnaissant pour cause une maladie des reins. Dans les affections rénales, on le sait, il y a tendance spéciale aux inflammations des séreuses ; mais même dans ce dernier cas on aurait pu éviter la péritonite en se servant de l'aspirateur. Je me sers habituellement du trocar ordinaire et de la canule ; la seule objection que j'aie à l'emploi de l'aspirateur est le temps considérable qu'exige ce mode opératoire. Il me semble donc qu'il n'y a aucune objection sérieuse ni bien fondée à pratiquer la paracentèse à bonne heure, et à la répéter aussi souvent que nécessaire.

Les médicaments auxquels on a recours en l'absence de toute intervention chirurgicale sont de trois espèces : les diaphorétiques, les diurétiques et les carthartiques hydragogues. On se fie peu aux remèdes des deux premières classes, vû la lenteur avec laquelle ils opèrent et l'incertitude de leur action, et on leur préfère les cathartiques. Ceux-ci agissent mieux, il est vrai, mais il faut avouer en même temps qu'ils dépriment les forces, et sont conséquemment de nature à compromettre la santé générale. Si donc il est désirable de se débarasser du liquide épanché dans la cavité péritonéale, pourquoi ne pas le faire au moyen d'une opération insignifiante, exempte de danger, prompte et efficace ? Il me semble que c'est là la voie que nous trace le bon sens.

Hier, j'ai eu occasion de voir un malade dont le cas offre le plus haut intérêt. J'avais été appelé auprès de lui, pour la première fois, alors qu'il était âgé de quarante-cinq ans. Sans entrer dans les détails, je vous dirai tout simplement qu'il souffrait d'ascite, et se trouvait tellement épuisé par des vomissements incessants et par des hémorrhagies intestinales, qu'on le considérait comme étant dans un danger imminent. Trois médecins de renom lui donnaient leurs soins, et quoique la gêne et l'anxiété causées par l'accumulation de liquide péritonéal fussent excessives, il fut décidé de ne pas courir le danger d'une paracentèse. Appelé en consultation à la demande de la femme du patient, je conseillai cependant l'opération, bien que je n'en attendisse qu'un soulagement passager. Elle fut faite immédiatement, puis répétée une dizaine de fois dans le cours des trois mois qui suivirent, 350 livres de liquide étant enlevées de la sorte. Après la dixième paracentèse, le liquide s'accumula de nouveau, mais d'une manière modérée, puis disparut graduellement de lui-même. Aujourd'hui ce malade jouit d'une bonne santé. Je pourrais citer ici plusieurs autres cas chez lesquels la paracentèse répétée à diverses reprises a produit les résultats les plus heureux. — *Boston Medical and Surgical Journal.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Gommes syphilitiques et abcès froids. Diagnostic différentiel.— Clinique de M. Terrillon à l'hôpital de la Pitié. — Vous avez pu voir, au No 5 de la salle des femmes, une malade âgée de 25 ans, au lit de laquelle nous nous sommes arrêtés ce matin. Elle nous raconte qu'il y a environ huit mois, elle a vu se développer assez rapidement une tuméfaction au-dessous de l'épine de l'omoplate, du côté droit, du

volume d'une petite pomme et n'occasionnant que de très légères douleurs. Elle était venue demander un conseil pour faire disparaître cette grosseur, et, malgré l'absence d'indices spécifiques bien nets, on lui avait ordonné des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, et, localement, des badigeonnages de teinture d'iode.

Ce traitement n'a amené qu'une très légère amélioration ; ultérieurement, la partie centrale est devenue de plus en plus molle et fluctuante, et, après 5 ou 6 mois, la peau violacée s'est amincie. On a, à ce moment, pratiqué l'ouverture de cette tumeur ; il en est sorti un liquide plus ou moins bien lié, qui s'écoule depuis cette époque par une fistule. L'orifice externe de cette fistule est à une distance de 5 à 6 centimètres au-dessous de l'épine. Le stylet arrive sur une partie dure, mais ne donne pas la sensation d'une surface osseuse dénudée ; Notons encore que la malade accuse un peu de douleur à la pression sur le trajet de l'épine de l'omoplate.

Avons-nous ici affaire à une gomme à la suite de laquelle persiste un trajet fistuleux, ou bien est-ce un abcès froid des parties molles, ou encore un abcès ossifluent ?

L'opinion de M. Verneuil, qui a, le premier, observé et suivi cette malade, est plutôt en faveur d'une gomme ; toutefois, le diagnostic est assez difficile entre cette lésion et un abcès froid. Cette difficulté vient de ce que l'évolution de ces deux affections offre beaucoup d'analogie et leurs symptômes de grandes ressemblances.

Si nous cherchons en quoi consiste la gomme syphilitique, nous voyons qu'elle est assez semblable à l'abcès froid. On voit d'abord apparaître un travail de prolifération dans l'épaisseur du tissu sous-cutané des muscles, du sein, du testicule, etc... Ce sont des éléments ronds des cellules lymphoïdes, des cytoblastes avec un noyau, comme dans la première période de la tuberculisation. Dans une seconde période, ces éléments se groupent ; il en résulte des granulations composées d'éléments présentant tous le même caractère, qui se serrent et se condensent. On ne rencontre pas ici de cellules spéciales avec des éléments épithélioïdes à la périphérie.

On constate plus tard une série d'îlots qui s'isolent des parties voisines ; dans leur intervalle, le tissu primitif s'organise et des tractus fibreux séparent les ilots de nouvelle formation. C'est la période spécifique dans laquelle le diagnostic commence à être possible avec les tubercules.

On a décrit pour les os le tubercule enkysté et le tubercule infiltré. Cette division peut servir pour les gommes, qui sont ou circonscrites ou diffuses. Selon les régions, l'une ou l'autre de ces formes prédomine ; au testicule, c'est plutôt la gomme diffuse ; dans le tissu cellulaire, dans le foie, on rencontre la gomme limitée.

La zone limitante extérieure est produite par l'irritation des tissus voisins et formée par du tissu fibreux plus ou moins dense, mais qui, ici, n'est pas isolable ; aussi, n'est-il pas possible de disséquer cette poche, cette coque, qui se confond avec les muscles et les organes voisins.

La troisième période est celle de ramollissement et de transformation. On voit que les éléments du centre subissent l'altération graisseuse, et, par suite de la pression réciproque qu'ils exercent les uns contre les autres, ils sont méconnaissables et prennent l'aspect du

mastic comme nous l'avons vu déjà dans l'évolution de l'abcès tuberculeux. Plus tard, la masse toute entière de la gomme subit cette dégénération graisseuse. Dans la tuberculose, cette troisième période offre des transformations diverses ; tantôt il se forme un abcès, tantôt une collection caséeuse sans liquide, ou bien il se produit une résorption des graisses.

Dans la gomme, la formation liquide se présente aussi ; mais, au lieu de se faire rapidement, la dégénérescence ne se produit que lentement, les éléments caséeux en se liquéfiant n'ont pas l'apparence purulente ; le liquide est filant, jaunâtre, d'un aspect spécial connu sous le nom de liquide gommeux. Il y a, en outre, dans la cavité, des débris caséeux et des filaments ou paquets fibreux dégénérés qui donnent au contenu de ces cavités un aspect caractéristique. Cette matière ressemble à des étoupes, à de la filasse jaunâtre ou à du chanvre qui a macéré, et ses débris sont formés par les tractus fibreux et les détritus caséeux.

La grande différence entre le mode de liquéfaction du contenu des gommes et des abcès tuberculeux est, comme je viens de le dire, la lenteur plus grande du travail dans le premier cas ; de plus, l'absorption des graisses donne un liquide transparent et muqueux dans lequel voyagent des paquets ressemblant à de la filasse. Il existe une deuxième différence plus importante avec la tuberculisation : à cause de la marche très lente de la désorganisation, autant la dégénérescence caséeuse est rare autour de l'abcès tuberculeux, autant elle est la règle ici. Il y a peu de tendance pour les tissus à s'enflammer, mais ils ont plus de facilité à durcir et à constituer une sorte de mastic adhérent et consistant. Enfin un troisième caractère différentiel est celui-ci : autant les abcès tuberculeux montrent peu de tendance à guérir, autant la gomme parvenue à la troisième période a de propension à la résorption, Cette formation lente rend la régression et la résorption plus faciles.

Retenez donc ces trois caractères distinctifs de la gomme syphilitique : 1° La liquéfaction lente des éléments qui la constituent ; 2° la transformation caséeuse plus fréquente ; 3° la résorption très facile.

Les données anatomiques sont d'un grand secours pour le diagnostic étiologique. Dans les affections tuberculeuses, on remarque des nouveaux vaisseaux formant des anses compliquées ; aussitôt que la granulation se développe, les vaisseaux sont oblitérés. Dans la gomme, au contraire, depuis sa formation initiale jusqu'à la dégénérescence complète, les vaisseaux restent perméables ; grâce au rôle de ces vaisseaux les conditions de vitalité sont très différentes.

Voyons maintenant l'évolution clinique des gommes. Si la gomme est sous-cutanée, dans le tissu cellulaire, on voit la peau s'altérer d'une façon spéciale par un processus particulier, mais nullement par envahissement. C'est une ulcération par pression, une perte de substance comme à l'emporte pièce, qui, très petite au début, augmente très rapidement d'un jour à l'autre. Les parties voisines sont décollées ; au-dessous, on trouve la gomme et son contenu, liquide gommeux et filaments. L'ulcération des abcès froids se fait, au contraire, par altération de voisinage.

Une fois vide, la poche offre la même marche que celle des abcès froids ; au contact de l'air elle s'irrite, donne naissance à des bourgeons

charnus qui comblent la cavité, tapissent les parois des fistules et éternisent ces trajets fistuleux, Ainsi se forme le fongus du testicule. Par suite du bourgeonnement actif des parois, il y a exagération de ces fongosités dans toute l'étendue de la poche et des fistules.

La fistule consécutive à l'ouverture de la gomme a une grande analogie d'aspect avec celle qui résulte d'un abcès tuberculeux; la plus grande différence entre ces deux poches tient à ce que, la gomme étant vidée, ses parois n'ayant pas de prolongement et n'offrant pas de granulations dans leur épaisseur, les tissus sont d'une meilleure nature pour la guérison; aussi, sous l'influence du traitement, la lésion s'améliore et se répare rapidement. Il faut donc tenir compte de cette différence dans la constitution des tissus. Remarquons toutefois qu'il y a des analogies entre ces accidents de la diathèse tuberculense et de la diathèse syphilitique, que ces formations ne surviennent que chez un certain nombre d'individus affaiblis, rachitiques, et qu'on ne les rencontre pas chez tous les tuberculeux ni chez tous les syphilitiques. Il faut reconnaître une action générale qui se manifeste par des symptômes assez semblables.

Chez la malade qui nous occupe, il peut y avoir indécision sur la nature gommeuse ou tuberculeuse de sa tumeur et on peut hésiter entre une gomme et un abcès froid.

Le traitement varie selon que l'on a affaire à la gomme ou à une fistule consécutive, soit à celle-ci, soit à l'abcès froid.

Notre malade a eu de la douleur au début et on constate encore un point douloureux au niveau de l'épine de l'omoplate; mais vous savez que la gomme survient sans bruit, sans orage ni douleur; de plus, il y a une légère hyperesthésie de la région. Ces symptômes plaideraient en faveur d'un abcès froid, d'origine osseuse. Quoi qu'il en soit, il faut remplir une première indication qui consiste à débrider largement au thermocautère; nous détruirons ensuite les fongosités de la poche, et, si l'os est à nu, il faudra ruginèr la surface malade et gratter comme je l'ai fait récemment sur le calcanéum du malade dont j'ai rapporté l'histoire dans une précédente conférence sur les abcès froids. —*Gazette des hôpitaux.*

Taille hypogastrique. — M. Després communique à la *Société de chirurgie* de Paris, le résultat d'une opération qu'il a faite, au mois de juin, sur un jeune homme de 21 ans, porteur d'un volumineux calcul. L'opération a été pratiquée selon le procédé de Roussel, c'est-à-dire sans injection vésicale ni ballonnement du rectum, comme le recommande Petersen. M. Després s'est assuré que chez les calculeux il y a toujours de l'urine dans la vessie. D'après des recherches cadavériques, il s'est convaincu que la chose la plus à craindre, c'est de blesser le péritoine. La taille hypogastrique est une opération trop abandonnée aujourd'hui. M. Desprès a employé le procédé suivant: on fait la ligne d'incision sur la ligne branche, dans toute la hauteur du muscle pyramidal, qui sert de guide et de point de repère : l'incision ne dépasse pas 9 centimètres ; on recherche les deux veines épigastriques et l'ouraque, puis on ouvre la vessie; on agrandit l'ouverture vésicale, si besoin est.

Chez le malade de M. Després, il est survenu, à la suite de l'opération, une uréthrite assez intense, qui fut suivie d'un abcès au niveau

du corps spongieux de l'urèthre. Au bout de cinquante-six jours, la plaie abdominale était fermée ; elle se rouvrit, et la guérison définitive eut lieu au bout de quatre mois. Le pansement a été fait avec des cataplasmes ; lotions avec la solution d'acide borique, pour combattre l'alcalinité de l'urine.

La persistance des fistules est-elle plus fréquente dans la taille hypogastrique que dans la taille périnéale ? M. Desprès ne peut se prononcer, faute d'observations suffisantes.

M. Lucas-Championnière croit, contrairement à M. Després, que les procédés d'injection et de ballonnement préparatoires sont avantageux.

M. Sée n'est pas d'avis que le muscle pyramidal doive être considéré comme un guide constant, attendu qu'il est très variable dans sa disposition et son étendue.

M. Périer a fait une communication sur la taille hypogastrique à propos de trois nouvelles observations dans lesquelles ce procédé a été employé. M. Périer avait pratiqué deux autres tailles hypogastriques, ce qui fait en tout cinq opérations. Il n'y a eu qu'un mort sur cinq opérés. L'opéré qui a succombé avait un abcès du rein pour lequel on ne pouvait point incriminer le procédé opératoire employé.

Ces observations prouvent, une fois de plus, combien la taille sus-pubienne est d'exécution facile ; elle peut se faire mathématiquement et sans accidents, en agissant exactement dans l'ordre suivant :

1° Introduction de la sonde à robinet dans la vessie, et évacuation de l'urine ;
2° Ligature de la verge avec un lien élastique :
3° Introduction du ballon rectal ;
4° Distension de la vessie par l'eau boriquée tiède ;
5° Distension du ballon rectal :
6° Incision franche de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à la vessie ;
7° Ouverture de la vessie, que l'on maintient béante ;
8° Extraction du calcul ;
9° Déplétion du ballon et retrait de la sonde ;
10° Exploration de la paroi vésicale et lavage de la vessie ;
11° Installation des drains ;
12° Suture de la plaie au-dessus des drains et pansement.

M. Périer attache une grande importance au drainage et au lavage antiseptique de la plaie et de la vessie. Il emploie deux drains assez volumineux qu'il adosse côte à côte, et il fait dans ces tubes des injections antiseptiques ; ces tubes servent en outre à l'écoulement continu de l'urine.—*Revue de thérap. méd.-chirurgicale.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Que faut-il faire pour abréger la durée et diminuer les souffrances de l'accouchement ? — Le travail peut devenir languissant à trois périodes ou dans trois conditions différentes dont chacune exige une intervention spéciale : 1o Le travail peut être retardé parce que la tête est arrêtée au détroit supérieur ; 2o Après la dilatation du col, la tête peut être retenue dans le vagin ; 3o Le périnée peut être la cause du retard. Quand le travail est lent au début, que le col se dilate len-

tement, que les douleurs sont faibles et irrégulières et que la tête est très haute, on peut intervenir, avec précaution, pour hâter le travail, mais si la parturiente est courageuse et bien disposée il vaut mieux attendre. Cependant, il ne convient pas d'attendre pendant douze ou seize heures comme le veulent Churchill et autres, car si on laisse épuiser la femme pendant la première période, l'intervention avec le forceps deviendra nécessaire pendant la seconde. Dans la condition que nous venons de décrire, le col est souvent dilatable, mais la poche des eaux ne descend pas assez pour le dilater. Dans ce cas on pourra détacher les membranes des parois du col ; pour cela Brown et Vienna préconisent l'introduction d'un cathéter élastique entre le chorion et les parois utérines ; pour moi, je préfère me servir du doigt. Après avoir effectué cette manœuvre, si on promène la face palmaire de l'index sur la circonférence interne du col de façon à le dilater doucement, on verra bientôt bomber la poche des eaux, le col se dilater graduellement et les douleurs *porter* davantage. Quelquefois les membranes se rompent prématurément et la tête devient l'agent dilatateur. Ces cas, d'ordinaire très douloureux, peuvent être considérablement abrégés en promenant soigneusement le doigt autour du col à chaque douleur. Quand, malgré des douleurs intenses, la rigidité du col empêche la dilatation, on doit toujours recourir à l'opium qui, en pareil cas, agit merveilleusement ; pour cela on se servira avec avantage d'une injection souscutanée de dix gouttes de solution de Magendie ou de trente ou quarante gouttes d'elixir de McMunn à l'intérieur. Les fausses douleurs sont préjudiciables à la parturiente et quand vous ne pouvez accélérer le travail, il vaut mieux l'arrêter. Je ne crois pas que l'administration du chloroforme soit indiquée à cette période de l'accouchement.

Il se produit quelquefois une contraction irrégulière, spasmodique bien décrite par Velpeau, contraction limitée tantôt à la base, tantôt à l'un des angles, à la paroi antérieure ou postérieure ou aux parois latérales de l'utérus. Les douleurs sont intenses, mais n'ont pour effet que d'épuiser la parturiente, et si on n'a recours aux anodins le travail peut se prolonger indéfiniment ; on a beaucoup vanté la belladonne en pareil cas, mais je n'en ai jamais obtenu que des résultats négatifs. Le pessaire de Brown introduit dans le vagin et fortement distendu d'eau chaude avec la seringue de Davidson constitue assurément le moyen le plus prompt et le plus efficace de relâcher les parties et de hâter le travail. L'effet en est étonnant. J'ai pu, au moyen de cet instrument, dans des cas d'éclampsie, d'hémorrhagie, d'apoplexie, dilater, en quelques heures, le col suffisamment pour appliquer le forceps et terminer rapidement l'accouchement. Le pessaire peut être vidé et rempli de nouveau toutes les demi-heures jusqu'à dilatation suffisante. On asouvent recours au grand forceps quand la tête séjourne pendant un certain temps au détroit supérieur, mais on pourra le plus souvent s'en dispenser en employant d'une manière judicieuse les moyens que je viens d'indiquer. De plus, on fera tenir la patiente debout et on l'empêchera d'accompagner ses tranchées d'efforts musculaires. Il vaut mieux que la parturiente se tienne debout tant que la tête n'a pas atteint le détroit inférieur. Il faut aussi employer tous les moyens possibles de conserver ses forces.

La vie de la mère n'est aucunement compromise pendant cette pre-

mière période du travail, avant la rupture des eaux. On pourrait conclure de là que l'intervention est inutile; mais serait-on justifiable de laisser souffrir inutilement la malade et de ne pas employer les moyens que nous possédons d'abréger le travail ?

Pendant la deuxième période, c'est-à-dire quand la tête est descendue dans l'excavation, le travail peut-être retardé de deux manières. En premier lieu, bien que le col soit assez bien dilaté, le travail est retardé par la tension et la sécheresse du vagin. On fera alors des injections d'eau chaude, et si les membranes sont intactes, on les rupturera. Si les injections d'eau chaude sont insuffisantes on introduira dans le vagin un tampon d'ouate imbibé de glycérine et d'axonge. S'il y a inertie on administrera une drachme ou deux d'extrait d'ergot. Mais si le retard de l'expulsion est du à la présentation occipito-iliaque postérieure, l'ergot est contre-indiqué et il ne reste qu'à appliquer le forceps. Dans les cas de ce genre il n'y a que très peu de liquide amniotique, pas de poche des eaux; de fait, j'ai rencontré plus d'un cas où l'accouchement se fit absolument à sec. Après la rupture des membranes on devra exercer une forte compression à l'extérieur, exciter et dilater le col avec la pulpe du doigt, ce qui aura pour effet de prolonger les douleurs, d'exciter et de fortifier les efforts volontaires de la parturiente et d'amener rapidement la fin du travail.

Une autre difficulté peut se présenter à cette époque du travail, quand la tête est bien descendue dans l'excavation ; le col dilaté de la grandeur d'un écu est déjeté en arrière vers le sacrum et ses bords amincis s'appliquent comme un bonnet sur la tête de l'enfant. Cet état est des plus douloureux et réclame une intervention active. On devra, s'il y a lieu, rupturer les membranes sans retard, dilater le col et l'attirer vers le pubis et exercer de fortes pressions à l'extérieur à chaque douleur. En général, l'ergot n'est pas indiqué, sauf dans les cas où les tranchées sont inefficaces. Des douleurs atroces à la région du sacrum forment le caractère distinctif des cas de ce genre; une embrocation de chloroforme et d'huile de menthe appliquée à la colonne vertébrale réussit le plus souvent à calmer ces douleurs.

C'est la compression forcée externe qui rend les meilleurs services dans ces cas. On a successivement proposé différents appareils mécaniques pour supporter les muscles abdominaux et favoriser les contractions régulières et uniformes de l'utérus, mais rien ne vaut la main appliquée d'une manière intelligente.

Dans une troisième et dernière période, le travail peut être indéfiniment prolongé, alors que la tête a atteint le périnée, par l'inertie de l'utérus, l'épuisement de la mère ou par la rigidité des muscles du périnée. L'emploi de l'ergot peut être combiné à la compression externe, mais si la délivrance ne se fait pas promptement, on devra appliquer le forceps. Le forceps droit de Beattie me semble le meilleur à cause de sa légèreté et de sa facilité d'application. J'ai remarqué que si on échoue dans les manipulations du forceps, le travail semble s'arrêter et les efforts volontaires de la parturiente cessent d'agir, aussi vaut-il mieux ne pas tenter d'appliquer le forceps si on n'est convaincu d'avance de réussir à terminer l'accouchement. J'ai souvent essayé à dégager la tête en introduisant deux doigts dans le rectum, mais je n'ai jamais réussi pour la raison que la force qu'il faudrait mettre en jeu serait de nature à blesser les parties molles.

Quand la tête, ayant atteint le périnée, est encore à l'intérieur de l'utérus on devra, avec le doigt promené autour de la tête, repousser l'utérus derrière l'occiput. Je fais généralement coucher la malade sur le côté gauche pendant la période d'expulsion, le toucher et les manipulations étant plus faciles dans cette position, mais je me suis quelquefois bien trouvé de faire coucher la parturiente sur le dos pendant quelques douleurs. — Dr. MORRIS, in-*Journ. of the Am. Med. Association.*

Extraction du placenta.—Le Dr DOHON, de Kônigsberg, comparant les résultats obtenus dans mille accouchements où l'expulsion du placenta fut laissée entièrement à la nature à un même nombre de cas où la méthode de Credé fut employée, conclut que la méthode expectante est de beaucoup préférable. Cette dernière, selon lui, est moins souvent suivie d'hémorrhagie, de fièvre puerpérale ou autres complications. Il vaut mieux, dit-il, attendre patiemment que le placenta soit expulsé par les forces de la nature.—*Med. and Surg. Reporter.*

Hystérectomie. — *Société de Chirurgie de Paris*, Séance du 21 novembre 1883.—M. Lucas-Championnière lit un rapport sur 5 cas d'hystérectomie envoyés par M. Queirel (de Marseille) et 6 observations de laparotomie pour corps fibreux de l'utérus, pour kyste de l'ovaire ou pour grossesse extra-utérine envoyés par M. Fort (de Rio-de-Janeiro).

M. Lucas-Championnière saisit cette occasion pour aborder la question du traitement du pédicule.

On sait qu'au début on a toujours laissé le pédicule dans la plaie.

C'était la pratique de Péan et de Kœberlé. Depuis on a essayé de le réduire comme on le fait le plus communément pour l'ovariotomie; mais on est revenu ensuite au premier mode de traitement extra-péritonéal.

Ainsi Bantock (*British Medical Association*) le laisse dans la plaie; Launton, de même ; Schrœder (de Berlin) est partisan de la réduction, mais son procédé est obscur.

Dans l'opération de Porro, il est reconnu par tous que la réduction du pédicule, son traitement intra-péritonéal, est très mauvais; aussi doit-on le laisser dans la plaie.

J'ai fait trois hystérectomies: dans deux cas j'ai mis le pédicule dans la plaie, dans un cas je l'ai réduit.

Le premier fait se rapporte à une femme qui avait une tumeur pesant près de 7 kilogrammes: les vaisseaux qui l'alimentaient avaient pris presque le volume des vaisseaux fémoraux. Le pédicule fut laissé en dehors; quoique la vessie fût comprise dans ce pédicule, que la malade ait eu des accidents réflexes formidables, elle a guéri.

Dans un deuxième cas, pour une opération facile, j'ai fait la réduction du pédicule, à cause de l'indocilité extrême de la malade; elle est morte le quatrième jour avec des évacuations bilieuses d'une abondance extrême.

Dans un deuxième cas, j'ai laissé le pédicule en dehors; la malade est morte, mais cela ne m'empêche pas de penser qu'il vaut mieux le laisser dans la plaie.

Les observations de MM. Périer et Terrier paraissent conformes aux miennes.

M. Queirel a fait cinq hystérectomies, il a toujours laissé le pédicule en dehors; il a eu trois guérisons et deux morts, une moins de quarante-huit heures après l'opération.

A propos de l'hystérectomie, je dirai que la clinique trouvant que beaucoup de femmes peuvent vivre longtemps avec des corps fibreux, il n'est indiqué de faire l'hystérectomie que quand on y est forcé; c'est le contraire pour l'ovariotomie.

Après l'hystérectomie on peut observer des accidents nerveux terribles. Moins on enlève d'utérus, plus on a chances de les éviter; M. Queirel, au contraire, croit que pour les éviter il vaut mieux faire la section le plus près possible du col. M Fort donne le résumé de six opérations faites sur l'utérus et ses annexes.

Dans un cas il a enlevé un corps fibreux par la voie vaginale avec le serre-nœud.

Il a fait l'hystérectomie, il a eu deux morts et une guérison; dans ce dernier cas les instruments qui maintenaient le pédicule se sont enfoncés dans la cavité abdominale; il a dû attendre la gangrène du pédicule pour les retirer; il voudrait de cet accident faire une méthode opératoire, dite méthode mixte.

Les deux autres cas se rapportent à une ovariotomie et à une laparatomie pour grossesse extra-utérine.

M. Pozzi.—Demande quel est le mode de ligature employé par les deux auteurs?

Le traitement du pédicule paraît être une question tranchée: il vaut mieux faire le traitement extra-péritonéal qu'intra-péritonéal. Quand au mode de ligature, il me paraît démontré que le système élastique est le mode auquel il faut se rallier.

Je demande en même temps si les auteurs se sont ou non servis du spray. Le spray tend à être abandonné par quelques auteurs à cause du refroidissement du péritoine qu'il occasionne.

M. Gillette.—L'ovariotomie est une excellente opération, l'hystérectomie n'est une bonne opération qu'à la condition d'avoir une des trois indications suivantes: le volume, les hémorrhagies, les douleurs.

Je crois que M. le rapporteur est trop exclusif quand il dit qu'il faut toujours faire le traitement extra-péritonéal du pédicule. Il y a tant d'avantages à faire le traitement intra-péritonéal pour éviter le tiraillement de la plaie qu'il vaut mieux réduire quand on le peut.

M. Terrier.—Il se propose de communiquer à la prochaine séance un cas d'hystérectomie, et de donner ses idées à ce sujet; il ne croit pas qu'il faille rejeter le traitement intra-péritonéal du pédicule; mais il y a un grand danger, celui des hémorrhagies.

Dans tous les cas on ne peut pas établir de règles à ce sujet.

Le spray est employé par beaucoup d'auteurs; je l'emploie toujours; il n'y a pas danger de refroidir le péritoine protégé par des éponges et par des aides.

M. Pozzi nous à parlé de résorption du pédicule enserré dans la ligature: ce pédicule s'organise.

M. Pozzi.—Quand j'ai parlé de résorption du pédicule, j'ai voulu parler de ce qu'il devient après la ligature élastique qui, comme on le sait, sectionne le moignon; et ce moignon se résorbe.

L'emploi du spray est contesté par beaucoup d'auteurs: Hégar, Kœberlé, Bantock ne l'emploient pas.

Dans les trois hystérectomies que j'ai faites et où j'ai eu 1 mort et 2 guérisons, j'ai employé la ligature élastique qui a surtout pour but d'éviter l'hémorrhagie et qui ne doit pas nous donner les craintes qu'elle inspire à M. Gillette.

M. Lucas-Championnière.—Est d'avis comme M. Terrier qu'il n'y a pas de règles pour rentrer ou laisser dans la plaie le moignon utérin.

Quand à la ligature élastique, en dehors d'Hégar, il n'y a pas beaucoup d'opérateurs qui s'en servent.

Le spray, il n'en est question, ni dans le travail de M. Fort, ni dans celui de M. Queirel, j'ai fait toutes mes hystérectomies sous le spray.

Beaucoup y ont renoncé, mais beaucoup s'en servent.—*France méd.*

Oöphorectomie.—Tauffer formule comme suit le résultat de son expérience et de ses observations :

1° Si on s'entoure des précautions nécessaires, l'ablation des ovaires peut se pratiquer sans beaucoup de danger. Le chiffre de mortalité inévitable en est aujourd'hui réduit à dix pour cent.

2° L'opération doit être pratiquée avec les précautions antiseptiques, sous les pulvérisations d'acide carbolique, la cavité abdominale doit être fermée ; le drainage n'est nécessaire que dans certains cas exceptionnels.

3° L'époque de la ménopause n'étant pas fixe, on ne doit pas tenir compte, dans tous les cas, de l'âge de la malade en rapport avec cette époque.

4° L'opinion d'Hagar, qui prétend que la palpation des ovaires doit être possible dans les cas qu'on se propose d'opérer, ne saurait être maintenue.

5° Il faut enlever les deux ovaires si des raisons spéciales n'obligent à conserver le second ovaire *sain.*

6° Si les trompes présentent la moindre altération, on doit les enlever.

7° L'hystero-épilepsie est curable par la castration.

8° Les symptômes connus sous le nom collectif d'hystérie sont souvent produits par une maladie des ovaires.

9° La question de l'influence que la ligature des gros vaisseaux nourriciers, sans castration, exerce sur les fibro-myomes utérins, mérite une sérieuse considération.

10° La ménopause, en règle générale, suit de près l'opération, sauf dans les cas où les organes contigus aux ovaires se prennent d'inflammation.

11° Il peut s'écouler plusieurs mois avant qu'on puisse se rendre compte du résultat de l'opération.

12° On ne saurait encore rien dire de positif sur l'influence que les maladies des organes génitaux de la femme exercent sur le développement de certaines psychoses (maladies mentales).

13° On ne sait davantage si la castration peut guérir de telles psychoses.—*New York Med. Journ.*

Spéculum antique.—On a récemment découvert dans les fouilles de Pompéï un spéculum quadrivalve admirablement proportionné et d'un mécanisme qui ne le cède en rien aux instruments modernes les plus parfaits. Il est bien dommage que le nom de l'inventeur ne soit pas connu !

PÆDIATRIE.

De la sclérose en plaques chez les enfants. — M. Pierre Marie publie dans la *Revue de Médecine*, un article très élaboré sur cette intéressante affection. Ce travail se résume dans les conclusions suivantes :

L'âge de l'enfant ne joue qu'un rôle secondaire dans le développement de la sclérose en plaques ; il varie dans de grandes limites, de 14 mois à 14 ans. La fréquence la plus grande coïncide avec l'âge de 3 ans, mais il faut cependant remarquer le début très précoce, observé une fois à 14 mois.

A propos du sexe, on trouve une légère prédominance du sexe masculin : 8 garçons pour 6 filles. M. Charcot tend cependant à admettre que la sclérose en plaques est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Chvostek dans une série de 16 cas n'a trouvé, par contre, que 6 femmes.

Les causes sont aussi obscures chez l'enfant que chez l'adulte, mais on peut considérer comme un fait très important l'existence d'une maladie antérieure ; l'ictère ou l'albuminurie, la scarlatine ont été cités comme antécédents chez des enfants. Chez l'adulte, M. Charcot a signalé des maladies infectieuses : typhus, fièvre typhoïde, scarlatine, variole, aux cours desquelles la sclérose avait débuté.

Cette relation n'est encore qu'une hypothèse, mais en somme fort acceptable ; il y a certainement là autre chose qu'une pure coïncidence.

L'hérédité joue manifestement un rôle important. L'hystérie, la sclérose en plaques, la chorée ont été observées comme antécédents héréditaires nerveux. Dans ce dernier cas, la danse de saint Guy signalée par les parents du petit malade, pouvait être une véritable sclérose en plaques.

L'ensemble symptomatique est le même que chez l'adulte. Au début on voit le plus souvent la difficulté de la marche, la parésie d'un ou de plusieurs membres, le tremblement ne se produisant que dans les mouvements voulus, et les troubles oculaires, tels que strabisme, nystagmus transitoire et permanent. Enfin l'embarras de la parole qui est lente, monotone, mal articulée comme chez les adultes.

En examinant maintenant les faits particuliers, on trouve que le *tremblement* dans les mouvements volontaires peut débuter tantôt par un bras, tantôt par les deux ; il peut affecter les muscles du cou et ceux du tronc. On voit alors la tête de l'enfant animée de mouvements dès qu'il veut marcher ou se lever de son lit. De beaucoup le plus fréquent est le tremblement des membres inférieurs.

Parmi les troubles du côté des yeux, le strabisme a été observé six fois sur les 14 cas cités par M. Marie, et cinq fois le strabisme était interne. Le nystagmus a été observé sept fois. Dans quatre cas, il y avait en même temps nystagmus et strabisme. Dans deux cas, le strabisme a existé seul sans nystagmus.

Enfin, sur 14 cas, il n'y en avait que 4 dans lesquels on n'a pas observé de troubles oculaires.

Les troubles de la parole n'ont manqué que trois fois ; dans les 11 autres cas ils ont présenté les mêmes caractères que chez l'adulte.

Le tremblement de la langue est cité dans quatre observations, mais il n'a jamais été très intense; c'était même plutôt des mouvements fibrillaires ou des séries d'oscillations sur le dos de la langue. Enfin, à ces faits, on peut rattacher la paralysie labio-glosso-pharyngée, qu'on a rencontrée dans trois cas.

Parmi les *symptômes cérébraux* qui sont presque la règle, il faut remarquer tout d'abord des *troubles psychiques* dont l'intensité peut varier d'une simple inégalité d'humeur à une irritabilité exagérée. L'intelligence peut notablement diminuer; la mémoire perd ses qualités de facilité et de fidélité; les facultés mentales déclinent rapidement et l'enfant semble dans l'imbécilité.

Ces troubles psychiques ont été peu étudiés jusqu'ici, même chez l'adulte. Ils sont cependant fréquents et leur étude permet de relier un certain nombre de cas de sclérose en plaques à des cas de paralysie générale. Au point de vue anatomique, cette fusion s'explique par le siège et l'étendue des lésions.

Les attaques épileptiformes ont été observées dans deux cas, et dans un cas seulement les attaques apoplectiformes. Dans sept autres cas, les enfants ont eu des convulsions. Il est vrai que les convulsions représentent dans la pathologie infantile des phénomènes peu significatifs; cependant, ne doit-on pas, dans le cas présent, les rapprocher des attaques apoplectiformes et épileptiformes de l'adulte?

La sensibilité reste normale dans la majorité des cas chez l'enfant comme chez l'adulte.

La marche de la maladie est progressive, mais lente; dans toutes les observations de M. Marie, il n'existe qu'un seul cas avec autopsie.

Des rémissions, quelquefois considérables, sont souvent observées; elles semblent servir de transition, ou vers une amélioration persistante, ou vers la guérison complète comme dans l'observation de M. Marie.

Le *diagnostic* de la sclérose en plaques chez l'enfant est particulièrement difficile. Si on peut immédiatement éliminer le *tremblement dit sénile et la paralysie agitante*, en revanche, il est d'autres affections particulières à l'enfance qui viennent augmenter la difficulté du problème.

L'affection décrite par Friedreich sous le nom d'*ataxie héréditaire* peut être confondue avec la sclérose en plaques. En France on tend même à identifier les deux maladies.

Et il importe de faire remarquer que chez des malades de Friedreich le début a toujours lieu au moment de la puberté, tandis que dans la sclérose le début peut être beaucoup plus hâtif. Les troubles moteurs sont loin d'être les mêmes dans les deux affections. Dans l'une il y a incoordination dans les mouvements, dans l'autre il y a tremblement. L'incoordination n'est que secondaire et causée par le tremblement lui-même.

Dans les observations de sclérose, les réflexes tendineux étaient exagérés; chez les malades de Friedreich ils étaient abolis.

Les troubles de la marche ont encore ceci de particulier, dans les malades de Friedreich, qu'ils augmentent d'intensité par l'occlusion des yeux. Dans les cas de sclérose cités, l'occlusion des yeux n'amène aucune modification semblable.

Le *strabisme* ne s'est jamais présenté chez les premiers, tandis qu'on l'a vu survenir dans la moitié des cas de sclérose infantile.

Les troubles de sensibilité ne sont pas très intenses et ils sont tardifs dans le tabes héréditaire, mais en somme, ils existent à l'état designes fréquents : ils constituent au contraire une anomalie dans la sclérose en plaques, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Enfin les troubles cérébraux manquent dans l'ataxie héréditaire et les attaques apoplectiformes sont rares ; c'est le contraire qu'on observe dans la sclérose.

En résumé, quand bien même l'affection décrite par Friedreich finirait par prendre place dans la pathologie nerveuse, il existe assez de caractères différentiels pour qu'on puisse faire le diagnostic entre elle et la sclérose en plaques des enfants.

La chorée peut-elle en imposer ?

La persistance des mouvements, même pendant le repos, leur absence au début, la participation des muscles de la face et de la langue, l'absence de nystagmus, de strabisme, les commémoratifs, la présence d'un souffle cardiaque sont autant de signes qui, réunis, permettent d'éviter l'erreur.

Le tabes spasmodique peut être d'un diagnostic beaucoup plus difficile, cependant on remarquera que, dans cette maladie, la paralysie est beaucoup plus accentuée. La contracture des membres inférieurs plus marquée, les pieds présentant souvent un certain degré de pied-bot varus équin. De plus on ne trouve pas de nystagmus, pas de strabisme, pas de trouble de la parole, pas de tremblement des membres supérieurs.

L'hémiplégie infantile dans ses formes effacées, et surtout quand elle s'accompagne d'*hémichorée* ou d'athétose, pourrait être confondue avec la sclérose, mais on remarquera que les mouvements du malade sont irréguliers, sans rythme. Enfin le caractère hémiplégique de ces mouvements devra entrer en ligne de compte et assurer le diagnostic.

En résumé :

La sclérose en plaques existe dans l'enfance proprement dite.

Elle est d'une fréquence relative vers l'âge de 3 ou 4 ans.

Ses manifestations cliniques sont absolument semblables à celles qu'on observe chez l'adulte.

La maladie dont les symptômes se rapprochent le plus de ceux de la sclérose en plaques est l'*ataxie héréditaire*, mais cette ressemblance n'est pas telle qu'on ne puisse faire le diagnostic.

Cyanose congénitale. — Leçon du prof. Aloïs Monti à la polyclinique de Vienne. — Je vous présente aujourd'hui un enfant qui, au dire de sa mère, est cyanosé depuis sa naissance. Agé de quatre ans, il n'est, cependant, pas plus développé que s'il n'en avait que deux. En l'examinant avec soin, vous remarquez la teinte bleuâtre de la face, et plus particulièrement des joues. La langue même, ainsi que les muqueuses nasale et buccale sont bleues ; la cyanose est donc généralisée dans ce cas, et non pas limitée seulement à la peau. Les mains sont congestionnées, et les extrémités des doigts, tant aux mains qu'aux pieds sont un peu tuméfiées. Quand l'enfant pleure, une congestion veineuse générale se produit.

Ce cas est, en vérité, très intéressant et tout-à-fait caractéristique, mais l'intérêt qu'il offre n'est pas limité à la seule cyanose. Cet enfant est incapable de marcher ou de parler ; la tête est excessivement

petite, je dirai même microcéphalique; les fontanelles ne sont pas encore fermées. Le pénis n'est pas plus volumineux que celui d'un nouveau-né; les testicules sont remarquablement petits. En résumé, l'enfant est idiot.

Il n'y a pas de doute que nous avons affaire, ici, à une maladie du système circulatoire, et probablement à un vice de conformation du cœur lui-même. L'affection doit être congénitale, car il est impossible d'expliquer autrement une cyanose aussi intense. En percutant avec soin, je ne constate aucune hypertrophie. Ceci est très important, car dans le cas d'une maladie acquise du cœur, celui-ci serait hypertrophié, tandis qu'ici, au contraire, il semble être réellement plus petit qu'à l'état normal. Il est impossible de localiser exactement l'endroit où vient battre la pointe du cœur. A l'auscultation on perçoit un bruit de souffle au premier temps, à la base.

D'où nous concluons, premièrement, qu'il n'y a pas d'hypertrophie ; en second lieu, que le pouls cardiaque est diffusé ; troisièmement, que la contraction ventriculaire est normale, et enfin qu'il y a un murmure systolique à la base. Les deux bruits pulmonaires sont bien-accentués; le bruit aortique s'accompagne de souffle.

Qu'avons-nous donc ici ? Y a-t-il permanence du trou ovale, ou vice de conformation de l'artère pulmonaire ou de l'aorte ? La cloison inter ventriculaire fait elle défaut, ou bien le trou de Botal est-il ouvert? Il est impossible de le dire d'une manière exacte. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il y a, à la base, un bruit de souffle qui peut être dû, soit à la permanence du trou ovale, soit à l'absence de la cloison ventriculaire. La première hypothèse est la plus certaine. Pour nous, praticiens, qu'il nous suffise de dire que l'enfant souffre d'un vice congénital du côté du cœur. Les anomalies que nous remarquons à la tête et aux organes génitaux sont intéressantes sans doute, mais elles ne sont pas nécessairement liées aux autres états pathologiques constatés tout-à-l'heure. Le pronostic de ces cas de cyanose est très défavorable. Les enfants qui en sont atteints souffrent ordinairement aussi de catarrhe, bronchite, et sont exposés à mourir subitement de congestion active du poumon, dans les quatre ou cinq premières années de la vie. Quant au pronostic du cas actuel, point n'est besoin de dire qu'il est très mauvais. Tout ce que nous pouvons faire est d'administrer des toniques, régulariser la diète du malade et prescrire les stimulants au besoin. — *New-York Medical Journal.*

La mort subite chez les jeunes enfants.—Voici, sur ce sujet, un article très intéressant que M. le Dr Bontemps publie dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques :*

La mort subite, chez les enfants, paraît plus fréquente qu'on ne serait disposé à le croire au premier abord ; cependant, il n'existe pas de statistique bien complète à cet égard. L'auteur a fait sur ce point particulier un travail dans lequel il étudie la mort subite chez les enfants au-dessous de deux ans, sous quatre chefs principaux, suivant qu'elle survient par le système nerveux, le système respiratoire, le système circulatoire ou enfin le tube digestif ou les organes annexes importants de l'économie. Cette étude a surtout de l'importance au point de vue médico-légal, car lorsque la mort se produit subitement chez un enfant, l'expertise est souvent demandée. Il importe donc de connnaître bien les lésions qui peuvent y donner lieu.

Du côté du système nerveux, ces lésions sont multiples; cependant celle qui est le plus souvent invoquée, la congestion cérébrale, est loin d'être la plus fréquente. Dans l'hémorrhagie méningée, la mort est aussi très rare.

L'hémorrhagie cérébrale a été observée aussi très exceptionnellement au dessous de deux ans. C'est au contraire dans la méningite tuberculeuse à forme latente que la mort subite peut s'observer le plus souvent. C'est donc de ce côté qu'il faut surtout porter ses investigations. L'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales et les convulsions, même celles qui sont dites essentielles, peuvent amener la mort subite. Enfin le spasme de la glotte, qu'on peut rapprocher des convulsions, mérite une place à part dans cet ordre de causes.

Les morts subites par le système respiratoire sont peut-être plus fréquentes encore: la laryngite striduleuse, la pleurésie, et toutes les lésions du poumon peuvent en être la cause: mais la congestion pulmonaire joue ici un rôle prédominant. On peut même voir l'apoplexie pulmonaire chez le jeune enfant, quoique très rarement. Les corps étrangers des voies respiratoires, et la coqueluche, doivent être cités ensuite.

Parmi les cas de mort produit par le système circulatoire, il est important de connaître ceux qui sont dus à la syncope. MM. Marotte, Barthez, Bouvier ont cité plusieurs cas de syncope mortelle survenus chez de jeunes enfants de moins d'un an, bien portants, sans qu'on sache à quoi l'attribuer. L'endocardite, peut-être plus fréquente qu'on ne le pense à cet âge, la cyanose et surtout les tromboses des sinus de la dure-mère dans le cours de l'anthrepsie, ainsi que l'a démontré M. Parrot, rentrent encore dans cette étiologie. On a signalé enfin des cas relativement assez nombreux de mort survenue à la suite d'hémorrhagies foudroyantes produites par l'ulcération des jugulaires dans les suites de la scarlatine. Enfin, dans la dernière catégorie des causes de mort subite, on peut placer en première ligne le choléra infantile, cause quelquefois de grandes difficultés médico-légales, car il peut ne laisser que des traces très légères. Les hématémèses, qu'elles soient idiopathiques ou qu'elles reconnaissent pour cause une ulcération de de l'estomac ou du duodénum, ou bien encore l'existence d'une diathèse hémorrhagique, peuvent être encore une cause de mort subite. M. Rilliet a pu réussir ainsi 23 cas dont 9 se sont terminés par une mort rapide. Restent, comme cause très rare de mort subite chez le très jeune enfant, les vers intestinaux.—*Scalpel.*

Deux cas d'ulcère stomacal avec dégenérescence artérielle, par Norman Moore.—L'un de des ulcères était ovale, mesurait un pouce de diamètre et occupait la petite courbure. Les artères des différentes régions du corps étaient athéromateuses. La calcarification des artères gastriques était complète, et l'une des branches de l'artère pancréatico-duodénale irriguant la région ulcérée était obstruée. Chez une autre malade goutteuse et atteinte d'un ulcère stomacal au début, il existait de l'athérôme artériel, ainsi que des dépôts goutteux dans les jointures et divers tissus. M. Moore a constaté que chez les malades dont le système artériel est sain, on doit attribuer cet ulcère à des embolies —*Brit. med. journ.—Union médicale.*

FORMULAIRE.

Bronchite et coqueluche.—*Bartholow.*

℞—Acid. hydrocyan. dil ..... ℥i
Tinct. sanguinar ..... ℥iv
Syr. senegæ ..... ℥ss
Syr. tolutan ..... ℥ii
Aq. lauro-ceras ..... ℥vii

M.—*Dose :* De une à deux cuillerées à thé (suivant l'âge du malade) toutes les trois ou quatre heures.

Potion expectorante.

℞—Morph. acetat ..... gr iv
Tinct. belladon ..... ℥ii m xx
Spt. chloroformi ..... ℥vi
Syrup. senegæ ..... ℥i
Syrup. prun. virg ..... q.s. ad ℥iv

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé, trois fois par jour.

Rhumatisme articulaire aigu.—*Tollikoffer.*

℞—Pulv. resin. guaiaci ..... } ãã gr x
Pot. iodid ..... }
Tinct. colchici sem ..... ℥ss
Aq. cinnam ..... } ãã q.s. ad ℥i
Syrupi ..... }

M.—*Dose :* De une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Cystite.—*Skene.*

℞.—Acid. benzoici ..... } ãã gr. x
Sod. biborat ..... }
Infus. buchu ..... ℥ii

M.—A prendre en une seule dose trois ou quatre fois par jour.

Gonorrhée.—*Dr Bixbey.*

℞.—Hydrastiæ sulph. ..... gr x
Glycerinæ ..... ℥i
Aq. destill ..... ℥ii

M.—En injections, toutes les trois heures.—*Southern Clinic.*

Névralgie syphilitique.—*Mauriac.*

℞—Pulv. iodoformi ..... ℈i
Ext. gentianæ ..... q.s

M.—Faites 20 pilules.—*Dose :* Deux ou trois par jour.

Pharyngite syphilitique.

℞—Hydrarg. bichlorid ..... gr vi
Acid. hydrochlor..... gtt xii
Syr. simpl..... ℥i
Aquæ destill. ad..... ℥viii

M.—En gargarisme, plusieurs fois par jour.

Douleurs d'oreilles.

℞—Huile d'olive. ..... ℥i
Chloroforme..... ℥i

Mêlez et agitez le mélange. Versez en vingt-cinq ou trente gouttes dans l'oreille puis appliquez un tampon d'ouate ou de charpie pour empêcher l'écoulement du liquide et l'évaporation trop rapide du chloroforme. Le soulagement est prompt et complet.—*Druggist Circ.*

Contre les douleurs qui précèdent le flux menstruel.

℞—Sulfate de codéine..... gr i
Hydrate de chloral, bromure d'ammonium..... ãã grs xx
Eau de camphre..... ℥i

A prendre en une seule dose, au coucher. Il est rarement nécessaire de répéter cette dose. Dans certains cas il sera utile de prescrire en même temps un bain de siège de quinze minutes.—*Americ. Med. Journ.*

Solution à l'iodoforme pour injections dans les cas de blennorrhagie aigue ou chronique.—*Campana.*

℞—Iodoforme..... ʒv
Acide phénique..... grs iii ou iv
Glycérine pure..... ℥iiss
Eau distillée..... ʒv

M.—Commencer par une seule injection dans les vingt-quatre heures et continuer au bout de trois ou quatre jours par deux et trois injections. Quand, au bout d'une dizaine de jours, les symptômes inflammatoires se seront amendés, on substituera à la solution à l'iodoforme une solution de sulfate de zinc dans de l'eau gommée.—*Gaz. méd. de Paris.*

Suppositoires à l'iodoforme contre les hémorrhoides.—On sait que l'iodoforme agit dans les hémorrhoïdes en calmant les douleurs et en favorisant la cicatrisation des fissures et des petites ulcérations qui ont pu se produire. Dans la formule suivante qui est reproduite par le *Répertoire de pharmacie* d'après un journal allemand, le baume du Pérou masque un peu l'odeur si désagréable de ce médicament.

℞—Iodoforme ..... ʒi
Baume du Pérou ..... ʒii
Beurre de cacao ..... ʒiss
Cire blanche..... ʒiiss
Magnésie calcinée..... ʒi

F. s. a. 12 suppositoires.

Après chaque selle, placer un suppositoire.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JANVIER 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

1884

Avec la présente livraison, l'UNION MÉDICALE DU CANADA entre dans sa treizième année d'existence. On avouera que c'est là un âge déjà assez respectable pour une publication qui ne s'est maintenue jusqu'à ces années dernières qu'à force de sacrifices de la part de ses éditeurs, et dont l'existence, parfois menacée au point de donner des inquiétudes à nos meilleurs amis, a souvent semblé un problème plus ou moins difficile à résoudre.

Cette période critique est déjà bien loin de nous, et, même à défaut de toute autre preuve, l'année qui vient de finir est là pour dire que désormais nous pouvons envisager l'avenir avec la plus grande confiance. L'UNION MÉDICALE repose aujourd'hui sur une base solide et peut rivaliser avantageusement avec la plupart des revues mensuelles de ce genre publiées sur ce continent.

Les améliorations faites au journal en janvier 1883, et grâce auxquelles nous pouvons, depuis lors, donner à nos lecteurs quarante-huit pages très compactes,—non interlignées—de matière à lire chaque mois (dix pages de plus, par mois, que les années précédentes) nous ont nécessairement imposé un surcroît de dépenses, mais par contre, en même temps que le nombre des abonnés s'est élevé proportionnellement durant l'année, nous avons également vu se grossir les rangs de nos collaborateurs actifs. C'est là, pour nous, un encouragement auquel nous ne pouvons rester insensibles et qui seconde trop bien nos vues pour que nous n'y répondions pas par un égal surcroît de zèle et de travail. Aussi, voulons-nous, cette année, soutenir ce qui est fait, et même faire davantage, dans les limites du possible.

Mais nos progrès ne se bornent pas aux seuls faits matériels. Dans le but d'être le plus possible utiles à ceux qui nous lisent, et de faire de l'UNION MÉDICALE une publication qui puisse rencontrer les besoins réels du praticien, nous avons publié, aussi souvent que cela a pu se faire, quelques unes des leçons cliniques qui se donnent dans les hôpitaux, des rapports de cas, notes de traitement, etc. Or nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, cette année, une part plus grande encore sera faite aux publications cliniques. Des arrangements spéciaux nous assurent, mieux que par le passé, le puissant et utile concours des médecins et chirurgiens de nos hôpitaux, et vont mettre à notre disposition un choix très-varié de communications, lectures, etc. Les leçons que nous publions en tête de la présente livraison inaugurent une série de cliniques, tant chirurgicales que médicales, dont notre journal aura la primeur et qui seront, nous n'en doutons pas, hautement appréciées de nos lecteurs.

Cette portée pratique que nous voulons donner ainsi aux travaux originaux, nous la donnerons également dans la même mesure, aux reproductions de la presse médicale. Non que nous voulions négliger ou méconnaître l'importance et la nécessité des études purement théoriques, mais il nous a toujours semblé que, ne pouvant disposer que d'un espace assez limité de notre journal pour mettre le lecteur au courant des progrès de la médecine à l'étranger, il fallait nécessairement, dans la revue des journaux, choisir les articles les mieux en rapport avec l'idée qui a présidée à la fondation de l'UNION MÉDICALE et avec le but pratique que ses rédacteurs se sont toujours efforcés d'atteindre.

On ne nous en voudra pas, osons-nous l'espérer, de sacrifier un peu de la sorte les théories plus ou moins abstraites, les études expérimentales physio-pathologiques etc. pour nous attacher plus spécialement à la clinique, c'est-à-dire à ce qui peut, à notre point de vue, rendre le plus immédiatement service au médecin que le devoir met tous les jours aux prises avec les innombrables difficultés de la pratique.

La revue des journaux embrassera, comme l'an dernier, plusieurs branches très-importantes de la médecine telles que la pædiatrie, la syphiligraphie, la dermatologie, qui avaient été forcément négligées ou omises dans les précédentes années, faute d'espace suffisant.

***

Aux collaborateurs du XIIe volume de l'UNION MÉDICALE, nous offrons l'expression réitérée de notre gratitude pour le concours actif qu'ils nous ont donné en nous communiquant leurs travaux.

Merci également à tous ceux qui, comprenant que le journal ne vit pas seulement de communications et d'originaux, mais aussi d'argent, nous ont fait parvenir, durant l'année, le prix de leurs abonnement, arrérages, etc. Nous ne doutons pas que ceux de nos abonnés qui n'ont pas encore eu l'occasion de satisfaire à ce sacré et légitime devoir vont s'empresser de l'accomplir le plus tôt possible.

A tous enfin, abonnés et cellaborateurs, lecteurs et amis, nous offrons nos meilleurs souhaits pour la nouvelle année : beaucoup de malades, une multitude de cas extraordinaires, et surtout une clientèle payante qui dédommage un peu des sacrifices et des labeurs de la plus ingrate des professions.

L'Enseignement de la Médecine en Canada.

Nos écoles de médecine ont passé dans un calme apparent, si non réel, les derniers jours d'une année bien orageuse. Nos luttes ont à certains moments absorbé l'attention et divisé l'opinion publique. Après tout, nous avons chassé de race ; on ne saurait exiger que nos médecins soient moins chicaniers que tous leurs compatriotes de race latine, et en y mettant un grain de charité, il est facile de supposer que de part et d'autre ou était animé des meilleures intentions. Et puis, il y a eu dans cette lutte certains avantages qui, sans équivaloir à une compensation, n'en sont pas moins réels : L'élève a eu tout le bénéfice de l'émulation qui en est résultée, chaque professeur ayant à cœur de ne pas se laisser surpasser par son congénère du côté opposé, comme on dit en anatomie. L'étudiant est devenu moins bruyant et plus assidu au travail, et plus d'un carabin *temporis acti* est édifié par ses arrière neveux.

Tout cela pourtant, qu'on l'envisage sous l'aspect le plus favorable, est bien insuffisant ; comme nous venons de le dire, il n'y a pas compensation. En définitive, avec ces luttes nous restons stationnaires, c'est à dire qu'on nous dépasse. Il nous faut une solution définitive, il nous faut de l'union, car si nombreux que nous soyons, la tâche est égale à nos forces réunies. Sera-ce au moyen de l'Université indépendante, de l'Université Laval ou d'Ecoles indépendantes que nous atteindrons notre but ? Nous déclinons tout droit et toute compétence de juger en pareille matière, et pour notre part, nous nous soumettons d'avance et sans réserve à la décision du chargé de pouvoir du Saint-Siège.

On peut, sans amour propre, affirmer qu'il est possible de réunir à Montréal un personnel enseignant, possédant toute la compétence nécessaire ; mais à côté de ce fait non contesté s'en place un autre qui l'est encore moins : le professeur, si compétent qu'on le suppose, ne saurait donner à l'élève tout le bénéfice de sa science, s'il n'a à sa disposition un matériel scientifique approprié. Or, n'est-ce pas là ce qui nous a toujours fait défaut. Nous avons, il est vrai, plusieurs hôpitaux et dispensaires où le médecin a ses coudées plus ou moins franches, mais nos écoles ! Vous le savez, confrères vieux et jeunes ! Qu'on ne vienne pas nous répéter que les revenus d'une institutiou médicale *bien achalandée* suffisent à parer à pareille éventualité ; les institutions qui possèdent un matériel d'enseignement et les professeurs de celles qui n'en ont pas sont prêts à répondre à cette objection. Allons donc ! il y a des bornes à l'abnégation ! Peut-on raisonnablement exiger que deux, trois ou quatre générations de professeurs se sacrifient pour fournir des matériaux d'enseignement à leurs survivants. Non ! Nous ne craignons pas de l'affirmer, le système des professeurs non rétribués ne produira jamais que des institutions mal affermies. Le médecin, comme l'ouvrier, tire de son travail le pain de sa famille, et plus que ce dernier, et autant que tout autre, il fait la charité ; tant pis s'il est charitable malgré lui, il ne lui reste plus qu'à l'être par intérêt.

Il nous faut à Montréal une seule faculté médicale canadienne française. Ce n'est pas là notre opinion personnelle mais l'expression de l'opinion unanime de la profession. Mais d'après nous, cette institution doit débuter dans un très court délai avec un matériel d'enseignement complet, et on doit fournir à ses professeurs les moyens de se soustraire aux exigences les moins pressantes de la clientèle, sous peine d'avoir des professeurs en théorie ou.....en herbe.

Notre livraison de Janvier.

Ceux auxquels nous adressons aujourd'hui le journal pour la première fois voudront bien se rappeler que, s'ils ne le renvoient pas avant la réception de la livraison suivante, nous sommes en droit de les considérer comme abonnés. Ainsi le veut la législation concernant les journaux, ainsi le voulons-nous aussi.

S'il en est qui ne désirent pas encourager notre œuvre, et nous espérons qu'ils seront en très petit nombre, ils devront nous renvoyer cette livraison de janvier avant le 1er du mois prochain. Dans ce cas, nous les prions très instamment de ne pas détruire ou déchirer la bande du journal portant leur adresse, afin que nous puissions savoir d'une manière exacte quels sont ceux à qui nous devons, et quels sont ceux à qui nous ne devons pas continuer l'envoi de l'UNION MÉDICALE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ELSBERG (Louis) M. D. *Introductory address delivered before the medical class of Darmouth College, August 1st* 1883.

Vick's Floral Guide for 1884. Elégant in-8° de 150 pages, orné de 1000 gravures et de trois planches coloriées. Expédié franc de port sur envoi de 10 centins.

Lindsay and Blackiston's Physician's Visiting list for 1884.

33me année. Les éditeurs de cet agenda médical si bien connu y ont introduit cette année plusieurs traits nouveaux, entr'autres une "Edition perpétuelle" (sans dates) qui pourra servir tant que les pages n'en seront pas toutes remplies. Outre les renseignements ordinaires, l'agenda de 1884 contient une liste des remèdes nouveaux, la méthode de respiration artificielle de SYLVESTER et un diagramme du thorax. Du reste, et plus encore que par le passé, solide, propre, peu embarrassant et commode.

Revue bibliographique universelle des Sciences médicales, avec index alphabétique annuel indiquant les matières contenues dans les journaux spéciaux et les ouvrages publiés en toutes langues et dans tous les pays, classés d'après l'ordre méthodique des sujets traités, suivi d'une table alphabétique des auteurs; publication mensuelle dirigée par le Docteur Comte MEYNERS D'ESTREY.

L'objet de cette revue est de mettre le praticien et l'auteur à même de retrouver immédiatement les sources à consulter pour un sujet quelconque.

La Revue bibliographique formera tous les ans un fort volume grand in-8° d'au moins 600 pages. Prix de l'abonnement: 30 fr. par an. Pour s'abonner, il suffit d'écrire à M. Ch. Grémiaux, secrétaire général, place Saint-Michel, 6, Paris.

NOUVELLES MEDICALES.

MARION-SIMS.—Il est question d'élever un monument à Marion Sims dans Central Park, à New-York.

M. le Dr James BELL vient de donner sa démission comme surintendant du département médical au *Montreal General Hospital.* Le Dr Bell ne laissera cependant l'hôpital qu'en mai prochain. Son successeur n'est pas encore choisi.

Le Sanitarian de New-York est redevenu mensuel, mais sans rien perdre en importance ni en matériel scientifique, comme on peut s'en convaincre par la livraison de Janvier, bol in-8° de 92 pages, rempli des principales questions d'actualité en fait de science hygiénique.

Le chirurgien général de l'armée des Etats-Unis.—L'assistant-chirurgien-général ROBERT MURRAY a été choisi par le Président de la République pour occuper la haute position laissée vacante par la mort du chirurgien général Charles H. CRANE.

Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE (POUR 1884-1885-1886.)

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Commentaires* de César, liv. V—.*Enéide* de Virgile, liv. V.—*Odes* d'Horace, liv. I.

FRANÇAIS.—*Les aventures de Télémaque.*—Une pièce dramatique française, savoir : *Le Cid* pour 1884, *le Misanthrope* pour 1885 et *Esther* pour 1886.

ANGLAIS.—*Sprague's "Six selections from Washington Irving's Sketch Book".* Une pièce de Shakespeare, savoir : *Tempest*, pour 1884, *Richard* II pour 1885 et *Midsummer Night's Dream* pour 1886.

BELLES-LETTRES.—Principes, histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la Géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le percentage ; racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier dégré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres dans Eysséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

MATIERES FACULTATIVES.

(*Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.*)

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique et la morale. (Jaffre ou Valet, *Jevon's logic* et *Calderwood's Hand-book of moral philosophy.*

Le candidat doit avoir une connaissance suffisante de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique et de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages de Washington Irving et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique, au point de vue grammatical et littéraire, des ouvrages français cités plus haut. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Corneille, Molière ou Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de Télémaque pour 1884 et 1885, dans la seconde pour 1886. Ils devront de plus connaître la grammaire française et l'analyse. On exigera encore d'eux une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises indiquées plus haut. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou à se servir de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ASSIGNÉS A CHAQUE MATIÈRE.

Latin	2 hrs	300 points.	Arithmétique	1½ hrs	150 points.
Français	1½ "	150 "	Algèbre	1½ "	150 "
Anglais	1½ "	150 "	Géométrie	1½ "	150 "
Belles-lettres	1 "	100 "	Grec	1½ "	150 "
Histoire	1 "	100 "	Philosophie	1½ "	150 "
Géographie	1 "	100 "	Physique	1½ "	150 "

Examinateurs : H. ASPINWALL HOWE, LL. D.
H. A. VERREAU, LL. D.
M. MILLER.
J. C. K. LAFLAMME, S. T. D.

NAISSANCES.

—MIGNAULT.—A Curran, Ont., le 7 décembre 1883, la dame du Dr D. R. Mignault, une fille.

—FILIATRAULT.—A Montréal, le 27 décembre 1883, la dame du Dr Flavien Filiatrault, une fille.

—DESROSIERS.—A Montréal, le 30 décembre 1883, la dame du Dr H. E. Desrosiers, une fille.

DÉCÈS.

—LEPAILLEUR.—A Ste-Martine, le 6 décembre 1883, à l'âge de 53 ans, Dame Mary-Ann McGowan, épouse du Dr Léonard Lepailleur.

—PAQUET.—A Oakdale, Mass., le 16 décembre 1883, à l'âge de 5 mois et 14 jours, Marie-Eulalie-Anna, enfant du Dr E. G. Pâquet.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine;

Par A. A. Foucher, M.D.,
Professeur à l'Université Laval, Montréal, Oculiste de l'Hôpital Notre-Dame.

Il y a quelques années, George Wilson, professeur de technologie à l'Université d'Edimbourg, signalait à l'attention du public le fait que des accidents sérieux pouvaient être occasionnés par l'emploi de personnes aveugles pour les couleurs, dans les chemins de fer et la marine et généralement dans toutes les fonctions où il faut obéir à des signaux colorés. Il avait été conduit à formuler cette opinion en constatant les méprises que commettaient les élèves de son laboratoire en jugeant des couleurs des précipités chimiques. Une statistique qu'il fit alors sur 1,154 personnes, lui fit constater, que sur ce nombre, 65 étaient viciées, c'est-à-dire 5.6 % ou 1 sur 17.7. Dès lors, les dangers qui menacent les communications et les malheurs résultant des méprises de personnes viciées, au sujet des signaux colorés, ont été clairement compris, nettement exprimés; les mesures à prendre pour y remédier ont été expressément proposées.

Des réformes importantes, pour affermir la sécurité publique à cet égard, ont été accomplies en Angleterre puis dans les principaux pays de l'Europe. Ces réformes ont été justifiées par l'incontestable importance de la cause en question et ensuite par les moyens rapides et étendus de communication à notre époque.

Cependant, il faut le dire, ces sages mesures n'ont pas été acceptées partout avec le même empressement. On s'est imaginé quelque part que la fréquence de la cécité pour les couleurs avait été exagérée. La réponse à cette objection a été faite depuis longtemps et les données sur lesquelles elle repose sont de nature à lever tout doute à ce sujet. Le Dr Fabre de Lyon a examiné, en 1864, 1,196 personnes; sur ce nombre, 13 étaient aveugles pour le rouge, 1 pour le vert, soit 1 17°/₀. En 1872, il examina 728 employés de chemin de fer parmi lesquels il découvrit 42 cas de cécité pour les couleurs. Un autre examen fait en 1875 sur 1,050 hommes âgés de 18 à 30 lui fit découvrir 98 viciés, soit 9.33°/₀. Le Dr Féris, médecin major de la marine, a examiné 501 marins parmi lesquels il a trouvé 41 individus plus ou moins affectés d'anomalies dans la perception des couleurs, soit une proportion de 8.18 °/₀. Holmgren, professeur à l'Université d'Upsal, a examiné, en 1876, 2,220 hommes appartenant à un régiment d'infanterie, sur ce nombre il en trouva 11 qui ne percevaient pas le rouge, 17 aveugles pour le vert, 32 qui étaient incomplètement viciés. Il y avait en tout 60 viciés, c'est-à dire 2.7 °/₀. Un autre examen ayant été fait sur un régiment d'artillerie de 100 hommes, il trouva 4 viciés. Un autre examen de 266 personnes lui fit découvrir 13 viciés, c'est-à-dire 4.8 °/₀. En

Finlande, le Dr Krohn a examiné le personnel attaché aux chemins de fer de son pays; il a trouvé, parmi 1,200 personnes examinées, 60 viciés, c'est-à-dire 5 %. Ces chiffres, que nous pourrions multiplier davantage, démontrent clairement qu'il y a en moyenne de 4 à 6 % de personnes incapables de distinguer les couleurs. Cette proportion reste la même pour les employés de chemin de fer et ceux en général qui ont à obéir à des signaux colorés.

Y a-t-il là un danger pour la sécurité publique ? Cela ne fait de doute pour personne, surtout si on remarque que la cécité des couleurs porte de préférence sur la couleur rouge et verte. En effet, ces deux couleurs sont les plus importantes parmi celles qui sont employées comme signaux: le rouge signifie danger, le vert, attention. S'il y a danger d'employer sur les chemins de fer et dans la navigation des hommes ayant une vue avariée, a-t-on l'assurance que les compagnies de chemin de fer et de navigation prennent les moyens nécessaires de remédier à ce danger ? Les recherches qui ont été faites à ce sujet, quoiqu'incomplètes, nous permettent d'affirmer le contraire. L'examen de la vue des marins et des machinistes de chemin de fer n'est pas fait du tout, ou il est fait d'une façon incomplète. Les compagnies qui confient à un officier supérieur, non médecin, la tâche délicate d'examiner la vue des ingénieurs se font illusion sur la compétence de cet examinateur. Cette pratique est dangereuse pour plusieurs raisons:

1° Celui qui réellement est aveugle pour les couleurs, ou certaine couleur, peut passer inaperçu; alors cet individu deviendra d'autant plus dangereux qu'on lui aura déclaré officiellement qu'il a une vue exacte.

2° Des personnes ayant un sens normal des couleurs peuvent être déclarées viciées et exclues injustement du service.

3° L'examen de la vue ne doit pas porter seulement sur la perception des couleurs, il y a d'autres défauts de la vue qui doivent exclure du service des chemins de fer et de la marine. Ces différents examens exigent de la part du médecin des connaissances variées et exactes sur toutes les branches de l'ophtalmologie. Le maniement de l'ophtalmoscope, la théorie des couleurs, les lois de la réfraction appliquées à l'œil doivent lui être familières.

Ce ne sont pas tous les médecins qui peuvent répondre à ces exigences, encore bien moins les personnes qui n'ont aucune notion de la physiologie et de la pathologie oculaire.

Nous en avons la preuve dans la manière dérisoire dont se font les examens de la vue des employés de quelques-unes de nos compagnies de chemins de fer. Ces examens, dans toute leur sévérité, consistent à mettre le candidat en épreuve à une certaine distance d'une planche colorée et à s'enquérir s'il distingue ou non les couleurs rouge, verte ou blanche employées ordinairement comme signaux. On nous a assuré que ce semblant d'examen n'était même pas toujours de rigueur.

Cette manière de procéder est incomplète et dangereuse. Le diagnostic de l'achromatopsie est plus compliqué que ne l'ont cru ceux qui ont reposé tout leur confiance dans les capacités des officiers supérieurs chargés de cette fonction.

On présente des objets colorés vivement à l'individu en examen, il peut répondre sans hésitation en désignant chaque couleur par son nom sans qu'il y ait certitude qu'il ne soit pas achromatope. Il faut

que l'examen, pour être complet, porte aussi sur les teintes secondaires, les nuances faibles. Un individu aveugle pour une des trois couleurs fondamentales arrive quelquefois à nommer justement la nuance vive de la couleur qu'il ne voit pas réellement; il y parviendra par artifice, c'est-à-dire en se rapportant aux propriétés que l'usage lui a appris à reconnaître à cette couleur. Il se trompe généralement sur les nuances faibles produites par l'addition du blanc, par la diminution de l'éclairage ou l'étendue de la couleur. L'achromatopsie partielle se révèle surtout par la composition des couleurs fondamentales qui sont vues. Ainsi l'achromatope pour le vert compose toutes ses couleurs avec le rouge et le violet ou le bleu selon Maxwell. Toutes les couleurs dans la composition desquelles entre le vert sont altérées à ses yeux et vues d'une manière toute particulière. Le blanc résultant du mélange du rouge et du vert peut être rendu égal, pour l'œil normal, au blanc résultant du bleu et du jaune; il n'en est pas de même de l'achromatope pour le vert.

Il s'en suit que l'achromatope partiel compose les couleurs à sa façon. Dans l'examen des personnes que l'on soupçonne atteintes de cette affection il faut se rendre compte des noms que l'achromatope donne aux différentes couleurs. C'est là une tâche assez difficile, attendu que le sujet examiné appelle souvent les couleurs par leur nom. Il ne faut donc pas se fier uniquement aux réponses des sujets examinés, il faut contrôler leur dire et avoir l'assurance, par un examen détaillé, qu'ils n'ont pas trompé et ne se sont pas trompés.

Ainsi, on peut considérer l'examen de la vue, tel que pratiqué par quelques-unes de nos Compagnies de chemin de fer, comme incomplet et par conséquent inutile.

Au moment ou il n'est question dans nos journaux que d'accidents de chemins de fer et de réformes à adopter pour les prévenir, nous avons cru opportun d'attirer l'attention sur les faits plus haut mentionnés, afin que les intéressés en tirent profit s'il y a moyen.

Toute réforme, acceptée volontairement ou imposée par le gouvernement, pour être efficace en ce qui regarde l'examen du sens de la vue, devrait être conforme aux résolutions qui ont été passées au congrès médical d'Amsterdam en 1879 et approuvées par le congrès médical international de Londres en 1881. Pour être admis aux différents postes où il faut obéir à des signaux colorés, il faudrait par conséquent satisfaire aux conditions suivantes.

1° (*Sur les chemins de fer*). Pour être admis en qualité de conducteur ou de chauffeur, il faut être exempt d'inflammations des yeux ou des paupières; il faut que le champ visuel, la réfraction et l'acuité visuelle soient normales; il faut que la perception des couleurs égale au moins les 4/5 de l'état normal; il faut être exempt de cataracte et de toute maladie progressive de l'œil.

2° Pour être admis à d'autres postes dans le service des chemins de fer, il faut être exempt d'inflammations des yeux ou des paupières, de cataracte ou de maladie progressive; il faut que l'un des deux yeux soit normal sous le rapport de l'acuité visuelle et de la réfraction; il faut que la perception des couleurs soit au moins égale au $\frac{2}{3}$ de l'état normal; pour l'autre œil, il faut que la vue ne soit pas diminuée au-delà de la moitié de l'état normal.

3° (*Dans la navigation.*) Sur les vaisseaux, surtout ceux qui trans-

portent des passagers, il doit toujours y avoir au gouvernail une personne ayant une vue parfaite des deux yeux et ne portant pas de lunettes ; de plus, il est nécessaire qu'il y ait au moins une autre personne aussi bien qualifiée pour surveiller.

4° Les mêmes emplois sur les vaisseaux marchands exigent au moins les $\frac{2}{3}$ d'une vision normale.

5° Toute personne chargée des signaux, tous les pilotes doivent avoir une vue normale telle qu'indiquée plus haut à propos des conducteurs et des chauffeurs.

6° Les personnes hypermétropes, quoique satisfaisant à toutes les conditions d'une vue normale, sous le rapport de l'acuité visuelle, du champ visuel et de la perception des couleurs, ne seront pas admis, si avant l'âge de 18 ans, ils ont une hypermétropie manifeste de 1 dioptrie.

7° Un nouvel examen devra être fait pour chaque employé à tous les 5 ans, après n'importe quelle maladie des yeux, après des traumatismes cérébraux ou des maladies cérébrales ; en général, tous les employés ayant atteint l'âge de 45 ans devront subir un nouvel examen.

8° Ces examens doivent être faits par des médecins versés dans la pratique et les études ophtalmologiques.

Telles sont les résolutions qui ont été adoptées à différents congrès scientifiques et mis en pratique par beaucoup de gouvernements et de compagnies de chemins de fer. Il est à souhaiter que dans ce pays on en comprenne toute l'importance et tout l'à-propos, et qu'on fasse bénéficier le public des avantages qui résultent nécessairement de mesures aussi sages et aussi prudentes.

Note sur un cas d'urémie ; (1)

par N. Fafard, M. D., Montréal.

L'urémie est un état secondaire qui résulte de l'insuffisance de la dépuration urinaire. (Jaccoud)

Les reins sont des émonctoires de l'économie. Ils sont spécialement destinés à séparer du sang l'eau qui s'y trouve en trop grande quantité, les sels et les produits azotés provenant de la métamorphose des tissus et devenus impropres à la nutrition.

L'urine normale a une densité de 1020° à 1025°. Cette densité augmente-t elle, on doit en conclure que la désassimilation se fait d'une manière trop rapide ou que l'urine contient des substances anormales, telles que le sucre, etc. Cette densité au contraire est-elle constamment au dessous de 1020°, de deux choses l'une : ou bien la désassimilation ne se fait pas d'une manière normale, ou bien elle se fait d'une manière normale, mais le filtre rénal est impuissant à séparer du sang les produits de la dénutrition. Cet état, dû toujours à une affection des reins, constitue l'urémie.

L'urémie est une maladie des plus graves parce qu'elle reconnait généralement pour cause une altération profonde des reins, telle que la néphrite parenchymateuse, la dégénérescence amyloïde, la cirrhose atrophique. Quelquefois l'urémie est due à une simple néphrite catarrhale, alors le malade a une grande chance de guérison.

(1) Lue devant la Société Médicale de Montréal.

Quoiqu'il en soit, la rétention dans le sang des produits de la désassimilation occasionne du côté du système nerveux une foule de désordres aussi bizarres que dangereux ; il serait trop long de les énumérer ici. Souvent la cause immédiate de la mort est l'urémie, et le médecin est loin de s'en douter, parcequ'il n'a pas eu la simple précaution de prendre tous les jours la densité de l'urine.

Je vais vous rapporter un cas d'urémie qui démontrera combien il est facile de se tromper dans le diagnostic d'une maladie.

En octobre 1881 j'étais appelé auprès d'une dame Dubois. Voici, pour les huit premiers jours, les symptômes que présentait cette malade :

Bronchite simple avec accès de toux souvent répétés ;

Fièvre continue mais peu intense ; langue sèche, pouls légèrement accéléré ;

Forte céphalalgie ; douleurs lombaires intenses ;

Sens émoussés ; contracture des membres supérieurs et inférieurs ;

Douleur vive aux pieds et aux mains ; phlyctènes sous les pieds ;

Convulsions passagères suivies de torpeur générale, délire permanent ;

Un peu de diarrhée ; urine rare (environ 12 oz. dans 24 heures) et peu colorée.

Je n'avais pas pris exactement la température, comme il aurait fallu, matin et soir. Néanmoins, avec ce cortège de symptômes, je n'hésitai pas à porter mon diagnostic : fièvre typhoïde.

Le 9me jour il me vint à l'idée de faire l'analyse de l'urine. Celle-ci rougissait faiblement le papier bleu de tournesol, au repos elle laissait déposer une assez grande quantité de mucus ; j'y découvris par les moyens ordinaires un peu d'albumine. Je regrette de n'avoir pas eu de microscope, pour m'assurer s'il n'y avait pas de tubes urinifères, quoique probablement dans ce cas-ci il n'y en eut pas. Enfin la densité n'était que de 1008°, c'était ce qu'il y avait de plus important à constater. Cette densité si faible, bien que le liquide urinaire fût peu abondant (environ 12 oz. dans les 24 heures), oscilla une dizaine de jours entre 1008° et 1010°.

Donc mon premier diagnostic était erroné ; j'avais affaire à un cas d'urémie. Une autre expérience vint me confirmer complètement dans cette nouvelle opinion.

Il arrive souvent que l'urée, retenue dans le sang, se transforme en ammoniaque. Ce serait, d'après plusieurs auteurs, cette dernière substance qui serait cause de tous les désordres du système nerveux que l'on observe dans ces cas. Jaccoud désigne cette affection sous le nom d'ammoniémie. Pour reconnaître que de l'ammoniaque s'est formée dans l'économie, il suffit de tremper un bâton de verre dans l'acide chlorhydrique et de le placer devant la bouche du malade ; s'il se produit autour du bâton d'abondantes fumées blanches, c'est que de l'ammoniaque se dégage des poumons. Cette expérience m'a complètement réussi ; il était donc évident que de l'urée avait été retenue dans le sang.

L'urée ne se transforme pas toujours en ammoniaque. Celle-ci peut manquer, quoiqu'il y ait une grande quantité de produits de désassimilation dans l'organisme. Le seul moyen certain et très facile de reconnaître l'urémie est de prendre la densité de l'urine matin et soir. Cet examen si simple est rarement employé par les médecins, et cependant, comme le recommande Jac-

coud, on ne devrait jamais se priver de cet excellent moyen de diagnostic.

Traitement.—Dans le cas qui nous occupe, comme dans tous les cas d'urémie, le traitement devait consister à rétablir autant que faire se pouvait la fonction rénale. J'ai ordonné le traitement suivant : régime lacté, boissons délayantes ; drastiques, lorsque la diarrhée cessait (et je tenais à ce que la diarrhée continuât afin de compenser par les intestins le défaut de fonction des reins) ; frictions avec une éponge imbibée d'eau tiède ; fomentations sur les reins et l'abdomen.

La malade est revenue à la santé, parceque la cause de l'urémie était une simple néphrite catarrhale ;

Le pronostic, dans l'urémie, ne peut être porté d'une manière à peu près sûre que lorsque le dépôt urinaire a été examiné au microscope. La présence constante de l'albumine et de tubes urinifères indique une lésion profonde des reins qui laisse peu de chance de guérison. Le médecin qui n'a pas de microscope peut encore porter un pronostic convenable s'il a la précaution de constater l'absence ou la présence de l'albumine dans l'urine. Quand il n'y a pas d'albumine il n'y a pas non plus généralement de tubes urinifères, et le pronostic est moins grave.

Du traitement de la coqueluche ;

par Séverin Lachapelle, M.D., St. Henri de Montréal.

Il est un principe qui régit la pathologie infantile, c'est qu'il y a imminence morbide de tous les organes dans le cours d'une maladie. Cela est dû à la faiblesse réelle organique et a l'impressionabilité exagérée du système nerveux. C'est cette imminence morbide qui nous explique et nous fait comprendre ces transitions subites d'un état pathologique d'un organe dans un autre organe, d'une cavité dans une autre cavité splanchnique, et il nous faut remarquer que cette imminence est si permanente que le point de départ d'une maladie grave est souvent insignifiant.

Le praticien qui méconnait cette vérité, que nous revèle l'observation, ne fait que tâtonner dans la médication infantile et est perdu, sans fil conducteur, dans un dédale presque sans fin.

Cette susceptibilité morbide du jeune âge, qui déplace si facilement et si promptement le siège de la maladie, agit à la manière d'un dérivatif puissant, d'où il suit que les maladies franchement inflammatoires ne sont pas le partage de l'enfance. Ce deuxième fait étant constaté, il nous faut conclure que ce sont les nerfs trop faibles qui reçoivent des coups trop forts, et que le seul parti que nous ayons a prendre est de fortifier ces derniers en les rendant moins impressionnables. C'est pourquoi nous devons recourir énergiquement et sans crainte aux calmants que la thérapeutique moderne nous offre avec des avantages qui ne masquent aucun danger : c'est ainsi que l'on doit avoir recours sans hésiter au chloral, ce calmant inoffensif de l'enfance.

Ces réflexions, que nous offre le champ si vaste de la pathologie infantile dans les maladies graves, sont surtout plus évidentes dans les maladies d'ordre moindre, parce que leur démonstration est beaucoup plus facile.

Dans la coqueluche les complications sont nombreuses : nous avons le catarrhe pulmonaire aigu que nous révèlent les râles sibilant, muqueux et sous crépitant, le pneumonie aiguë ou chronique, les convulsions, les hémorrhagies nasale et conjonctivale, les vomissements, les entérites, les congestions cérébrales etc. Ici ce sont des résultats des efforts de la toux. C'est pourquoi la médication de la coqueluche, généralement considérée comme inutile, est d'une absolue nécessité.

La coqueluche, primitivement phlegmasie catarrhale de l'épiglotte, donnant naissance à une série d'accidents morbides de tout genre, mérite nécessairement une intervention médicamenteuse active, et le médecin est coupable qui se déclare impuissant en face de ses quintes répétées.

La coqueluche présente trois périodes distinctes, *catarrhale*, *convulsive* et *de déclin*. Les deux premières réclament une médication distincte, la dernière subissant naturellement une influence heureuse de la médication de la seconde dont elle n'est que la terminaison graduelle.

La première période doit être traitée avec énergie s'il y a fièvre; les purgatifs, les pédiluves irritants seront employés activement, et quoiqu'en disent certains auteurs, une médication abortive doit être tentée. C'est pourquoi je recommande les vomitifs repétés au moyen de l'ipecac, et les gargarismes détersifs au moyen des substances que nous avons à notre disposition; ainsi l'acide carbolique, le salicylate de soude, le chlorate de potasse en solution seront employés fréquemment, chez les enfants assez âgés pour subir cette médication adjuvante.

La deuxième période s'impose cependant le plus souvent malgré nos efforts, et c'est ici que la patience ne doit pas être mise à bout, quelque résistable que puisse être la maladie.

Les vomissements que nous provoquons au début, nous avons à les combattre dans la deuxième période; nous aurons recours à la belladone à dose de une à quatre gouttes (teinture) avant le repas, dans une infusion quelconque.

Voici la formule que je recommande contre les quintes.

Hydrate de chloral	ʒi
Glycérine	ʒiii
Eau distillée	℥iii

Une cuillerée à thé, le soir, à répéter dans le courant de la nuit, pour un enfant de six mois.

Il est une habitude conseillée par l'hygiène, c'est le changement d'air à la fin de la coqueluche, ou dans aucune période; on va plus loin, on a recours au bain d'air comprimé qui agirait dans le même sens que le changement d'air; il ne faudra pas hésiter à recourir à ces moyens réputés efficaces.

Dr J. Comby.—D'après un certain nombre de pleurésies du côté gauche présentent des pulsations synchrones aux battements du cœur. Ces pulsations thoraciques sont dues à la transmission des battements du cœur à travers le poumon sclérosé et la couche liquide Ils ne se rencontrent que dans les *pleurésies purulentes anciennes* avec rétraction définitive du poumon et la fusion de cet organe avec la péricarde.—*France médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Cirrhose hypertrophique d'origine biliaire : diagnostic.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un malade couché au No 35 de la salle Jenner. Le fait que je vais rapporter, fort intéressant en lui-même, fournit une occasion favorable pour exposer la marche du diagnostic et les diverses étapes du jugement clinique dans les cas de ce genre.

Il s'agit d'un homme de 27 ans. Vous approchez de son lit et dès l'abord votre regard est frappé par la coloration jaune répandue sur le tégument externe et sur toutes les muqueuses appréciables à la vue. Nulle hésitation sur l'interprétation qu'il convient d'en faire : c'est un ictère de moyenne intensité. Ce premier fait acquis, de quoi faut-il s'enquérir ? De la date à laquelle remonte l'ictère. La réponse est catégorique : il existe depuis le mois d'avril 1882, c'est-à-dire depuis 19 mois. Ce qui doit nous occuper ensuite, c'est de savoir si depuis 19 mois cet ictère a été permanent, ou si au contraire il y a dans cette longue période des intervalles durant lesquels il a disparu. Ici encore le malade, assez intelligent, ayant l'habitude de s'observer, est très-affirmatif: l'ictère n'a jamais disparu. Il faut y ajouter cette notion : depuis 20 ou 25 jours l'ictère aurait-il diminué ? Bien loin de diminuer, il a plutôt augmenté ; c'est ce qui résulte des renseignements fournis par le malade et des observations que nous avons pu faire.

Nous voilà donc en possession, par une série de questions logiquement posées, des données suivantes : ictère permanent qui date de 19 mois et qui n'a présenté aucune diminution dans les trois dernières semaines ; et nous pouvons déjà en tirer cette conclusion que, quelle que soit la maladie en jeu, la sécrétion biliaire est intacte, car si, à un moment quelconque, elle se fût arrêtée, l'ictère aurait diminué, puis disparu. Le délai de trois semaines est nécessaire pour que les pigments biliaires qui imprègnent les tissus disparaissent lorsque la cause de l'ictère cesse d'exister.

Avant d'aller plus loin dans les cas de cet ordre, il faut établir le mécanisme de l'ictère. Aujourd'hui, au point de vue pathogénique, on ne doit plus admettre que deux classes d'ictère : 1° celui qui résulte d'une exagération plus ou moins notable dans la sécrétion biliaire qui est accrue au point que l'élimination, par les voies naturelles, devient insuffisante et qu'une résorption de la bile a lieu dans le foie : c'est l'ictère par polycholie ; il est rare dans nos climats ; 2° celui qui est dû à un obstacle au cours de la bile, ou ictère par rétention. Quand on a poussé l'interrogatoire au point où nous l'avons amené, il faut établir à laquelle de ces deux variétés nous avons affaire. Quels sont les moyens de jugement ? Est-ce l'urine ? Non, dans les deux genres d'ictère, elle est chargée de pigments biliaires.

Il n'y a qu'un moyen, un seul, de trancher la question : c'est l'examen des matières fécales. Cet examen, il convient de le faire à plusieurs reprises, afin de bien s'assurer que les carac-

tères constatés une première fois sont persistants. Le résultat est des plus nets: les matières fécales, normales d'ailleurs pour la consistance, sont totalement décolorées ; elles sont semblables pour l'aspect, suivant la comparaison classique, à de la terre argileuse, et cette décoloration a toujours existé au même degré.

Par conséquent, nous sommes en face d'un ictère permanent dû à la rétention des produits biliaires, la sécrétion continuant à se faire avec une activité sensiblement normale. Pouvons-nous tirer de là quelque indication au point de vue de l'état anatomique du foie ? Sans doute, et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de ce fait que la netteté des conclusions pour ainsi dire anticipées qu'il nous autorise à formuler. Nous pouvons affirmer que les éléments sécréteurs de la bile, sinon en totalité, du moins en grande majorité, sont intacts ; l'altération hépatique, quelle qu'elle soit, les a respectés ; c'est ma proposition de tout à l'heure présentée sous une autre forme. Il y a dix-neuf mois que les choses sont ainsi : nous sommes en droit d'en inférer que le foie est gros et même très gros. Pourquoi ? Pour une raison des plus simples : pendant tout ce temps, le foie a fait de la bile, et il ne s'en est pas écoulé une goutte dans l'intestin ; il y a donc stase biliaire et par suite turgescence mécanique de l'organe, laquelle n'a pu qu'aller en croissant. Un tel état, s'il se prolonge, s'accompagne d'un certain degré de stase sanguine due à la gêne de la circulation intra-hépatique, et cette stase se joint à la turgescence pour contribuer au développement du foie. Enfin, nous savons d'observation que lorsqu'un foie est sans rémission le siège d'une stase biliaire, celle-ci agit par irritation des éléments du tissu voisin et en amène le gonflement.

Ainsi, du seul fait que l'ictère remonte à 19 mois, qu'il est produit par la rétention totale de la bile, découle au point de vue anatomique l'intégrité des éléments sécréteurs et la certitude d'une augmentation de volume du foie, ayant pour cause la stase biliaire du début, la stase sanguine consécutive et, vû la date, des modifications histologiques dans le tissu péribiliaire. La simple vue justifie cette présomption : le ventre est énorme et, en appliquant la main sur la région, on constate que le foie est considérablement au-dessus de ses dimensions normales. Il commence à sa limite supérieure ordinaire et descend dans la ligne mamelonnaire jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, dans la ligne ombilicale à trois travers de doigt au dessus de l'arcade crurale. Il empiète dans le flanc gauche où il rencontre la rate et se fusionne avec elle. Je ne me rappelle pas avoir vu pareille augmentation de volume.

Cet examen direct, que rendent facile l'amaigrissement du malade et la flaccidité des téguments, fournit quelques autres notions qui permettent d'avancer vers le diagnostic final. La surface du foie, dans toute son étendue, est parfaitement lisse, égale : le travail pathologique ne consiste donc pas dans la production de saillies bourgeonnantes ; la palpation des contours de l'organe fait reconnaître qu'il a conservé la forme normale ; il est gros mais il n'est pas déformé, c'est-à-dire que le processus morbide en cause ne détermine aucune rétraction des tissus.

Il ne nous reste plus qu'à nous mettre en règle avec deux phénomènes qui jouent un grand rôle dans la pathologie hépatique, et notre examen sera tout à fait achevé. Ces phénomènes sont l'ascite et

l'état de la rate. Or, on ne trouve pas vestige d'épanchement dans la cavité péritonéale, et il n'y a pas de réseau veineux sous-cutané notable. En revanche, la rate est très volumineuse, et connaissant les dimensions respectives des deux organes à l'état sain, on peut dire que la tuméfaction de la rate est aussi grande que celle du foie. Dans le flanc gauche, la matité s'étend du sixième espace intercostal jusqu'à trois travers de doigt au dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure; elle se dirige un peu en avant et en bas, où le bord antérieur de la rate se fusionne avec le bord gauche du foie, sans démarcation possible par la percussion.

L'analyse des symptômes est terminée; elle se résume ainsi: maladie chronique, progressive quant à l'état du foie et de la rate, caractérisée par un ictère permanent depuis 19 mois, ictère par rétention accompagné d'une augmentation colossale du volume du foie et de la rate avec absence d'ascite et sans développement de réseau veineux sous-cutané. Quelle peut être la conclusion synthétique de cette analyse? C'est que nous avons sous les yeux une cirrhose hypertrophique d'origine biliaire.

Si vous préférez le diagnostic indirect ou par exclusion, je vais vous le présenter, bien que le sujet par sa netteté ne justifie pas l'emploi de ce procédé.

S'agit-il d'un kyste hydatique? Ce serait à titre exceptionnel, car il est très-rare qu'un kyste hydatique atteigne un pareil développement. Cela se rencontre pourtant, et dans l'atlas de Frerichs vous en verrez représentés deux ou trois exemples. Mais quand il est si énorme, il siège dans la région droite du foie et amène une déformation complète de l'organe; le lobe droit s'abaisse dans la fosse iliaque tandis que le lobe gauche reste à sa place. L'ictère est un symptôme assez peu commun du kyste hydatique, mais il se présente quelquefois et reconnaît alors pour origine la compression exercée sur les canaux biliaires au niveau du hile du foie. Et comme cette compression intéresse aussi le tronc de la veine porte, il en résulte de l'ascite.

Il existe une autre variété de kyste qui a été découverte par Buhl: c'est le kyste à échinocoques multiloculaires ou kyste hydatique alvéolaire. Elle produit une tuméfaction parfois énorme du foie, mais il est remarquable que sur cette tuméfaction se détache une protubération saillante du lobe droit, laquelle donne la sensation d'une paroi dure et comme cartilagineuse, tellement que, même lorsque la poche est en suppuration, on n'obtient pas de fluctuation. Le kyste multiloculaire peut s'accompagner d'ascite et d'ictère, mais il ne porte pas aussi rapidement atteinte à l'état général de la santé que les autres maladies du foie, et notre homme est profondément anémié.

Quant à la possibilité d'un cancer du foie, l'âge du malade n'est pas une raison d'éliminer cette idée. Sans doute, la majorité des cas s'observent au delà de quarante ans, mais on peut en rencontrer beaucoup plus tôt. Sur 83 cas cités par Frerichs, 14 appartiennent à la période de 30 à 40 ans, et 7 de 20 à 30; un auteur anglais en a même rapporté trois chez des enfants de 2 à 3 ans. Je rappellerai, avant tout, que l'ictère se montre rarement dans le cancer du foie: il fait défaut dans plus de la moitié des cas, 53 fois dans un relevé portant sur 91 malades. D'un autre côté, quand il existe, il peut se montrer sans ascite,

parce que l'origine de l'ictère du cancer n'est pas toujours dans une compression exercée au niveau de la veine porte ; il survient lorsque les canalicules intra-hépatiques sont comprimés ou bien encore lorsque la maladie s'accompagne d'angiocholite. Presqu'invariablement la palpation constate une surface dure, inégale, ou des bosselures plus ou moins saillantes ; c'est un des signes cliniques les plus importants ; il ne manque guère que dans le quart des cas. Il est rare que le cancer du foie produise une tumeur de la rate : on la trouve environ 12 fois sur 100, et elle n'atteint pas le quart du volume que nous voyons chez notre malade. Enfin le cancer se manifeste de bonne heure par des troubles gastro-intestinaux et par une atteinte cachectique dont les traces n'existent point ici.

Il est une affection capable de donner au foie un volume énorme, tout en conservant l'intégrité de sa forme et sa surface. Je veux parler de la dégénérescence amyloïde. Mais elle a une étiologie nette et pour ainsi dire fermée : ses causes sont la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose, les suppurations prolongées et particulièrement les suppurations osseuses. Aucune de ces conditions pathologiques n'est saisissable chez notre homme. D'autre part, la dégénérescence amyloïde déter mine rarement de l'ictère, c'est une lésion périartérielle : un symptôme précoce de cette maladie est une diarrhée persistante, ici rien de pareil. Très ordinairement aussi on observe de l'albuminurie, non par suite de l'influence de la lésion hépatique sur le rein mais parce que celle-ci est associée à une lésion semblable du rein ; notre malade n'a jamais présenté d'albumine dans les urines.

Par ce chemin détourné, nous arrivons, vous le voyez, à la conclusion de tout à l'heure.

Une question doit nécessairement se poser avant d'aller plus loin : j'ai dit ictère par rétention, où est l'obstacle ? La réponse n'est pas aussi simple que vous pourriez le croire. Généralement dans les cirrhoses hypertrophiques, l'obstacle consiste dans l'inflammation catarrhale des canalicules intra hépatiques, dans l'angiocholite des petits canaux. Sommes-nous autorisés à nous contenter de cette solution ? Cela me paraît un peu difficile, pour une raison de pure logique. Il n'y a pas un atome de bile qui passe dans l'intestin : il faudrait donc admettre que cette angiocholite intéresse la totalité des canaux. La conséquence est forcée : s'il n'y a que des canalicules en cause, ils sont tous oblitérés. Ce n'est pas impossible, j'en conviens, mais la conclusion est purement hypothétique. Je serais bien plutôt porté à croire qu'à l'angiocholite initiale s'ajoute l'oblitération d'un canal plus important du canal hépatique dans le hile ou du canal cholédoque. Avons-nous une raison de pencher plutôt d'un côté que de l'autre ? Oui, et sans prétendre pour cela à une attitude qui serait déplacée. Si le canal cholédoque est oblitéré, d'après les faits connus, l'ictère devrait être beaucoup plus foncé ; or il est de moyenne intensité et n'a pas le ton vert ou noir qui caractérise les ictères intenses. En outre, dans cette hypothèse, nous aurions une tumeur de la vésicule biliaire, ce qui n'existe pas, comme il est facile de s'en assurer par la palpation. Reste donc l'oblitération des plus grands canaux, et c'est à cette éventualité que nous nous arrêterons.—*Praticien.*

Usage des bromures dans les cas de névrose abdominale.—Il y a, entre les bromures et les désordres nerveux de la tête et de la poitrine, un tel lien d'association thérapeutique, que nous en sommes venus à oublier un peu combien ces mêmes médicaments peuvent être utiles dans plusieurs cas de désordres des organes digestifs; et cependant les lois de l'analogie sont là pour nous dire que cette dernière application est rationelle. Personne, à coup sûr, ne prétend attribuer aux bromures de potassium et de sodium le pouvoir de faire résorber les exsudats ou de réparer les lésions de structure des éléments anatomiques; mais ceux d'entre nous qui en tiennent encore pour les " dérangements fonctionnels " ou pour les perversions passagères de la force dynamique, comprendront facilement qu'il existe certains troubles du système cérébro-spinal, qui, étant toujours de nature semblable, quelque part qu'ils se trouvent, doivent vraisemblablement céder aux mêmes médicaments.

Dans le cas d'une dame, veuve assez âgée, souffrant assez souvent de *diarrhée émotionnelle*, je prescrivis un jour les astringents combinés à de petits doses d'opium, à prendre suivant le besoin. Mais contre un autre accident, l'insommie, je donnai, de temps à autre, des doses modérées de bromure de potassium. Elle s'aperçut, cependant, que ce dernier remède soulageait sa diarrhée mieux que tout autre, et que chaque fois qu'elle en prenait une dose (le soir, au coucher) elle n'avait pas de selle diarrhéïque le jour suivant. Il y a quatorze ans, le Dr J. Waring Curran recommandait le bromure de potassium contre les vomissements de la grossesse; mais on n'en put déterminer la valeur réelle attendu qu'il était prescrit conjointement avec d'autres remèdes. Depuis, j'ai administré le médicament seul, en solution aqueuse, et en ai toujours obtenu un soulagement qui pour n'être que passager n'en était pas moins très marqué.

Rappelons ici les importantes observatiens du Dr James Begbie qui considérait le bromure de potassium comme pouvant être de quelque utilité dans le traitement du choléra. Il le donnait au début de la période de collapse, à dose de vingt à trente grains, toutes les demi-heures ou toutes les heures ; il a pu obtenir de la sorte la cessation des vomissements et des crampes, le retour de la chaleur et de la couleur normale aux surfaces déjà froides et livides.

Un dernier mot au sujet de l'emploi des bromures dans le traitement du diabète sucré. Ici encore le Dr Begbie a inauguré une série d'expérimentations qui ont été corroborées par d'autres observateurs. A l'heure qu'il est, j'ai sous mes soins une dame âgée de cinquante à soixante ans et chez qui les manifestations diabétiques sont enrayées par une forte dose de bromure d'ammonium prise chaque soir. Est-ce que ceci ne serait pas un exemple des " effets altérants et absorbants " des bromures sur le foie ?—*British Med. Journal.—Cincinnati Lancet and Clinic.*

Physiologie et thérapeutique de la caféine.—A la suite d'une étude très élaborée sur les effets physiologiques et l'action thérapeutique de la caféïne, M. le Dr E. Leblond conclut ainsi :

A dose physiologique :

1° La caféine est un excitant du système nerveux et musculaire ;

2° Elle diminue la fréquence du pouls en augmentant l'énergie des

battements cardiaques et la pression sanguine par constriction vasomotrice ;

3° Elle fait tomber la température périphérique ;

4° Elle n'influe en rien la formation et l'excrétion de l'urée.

A dose toxique :

1° La caféine exagère le pouvoir excito-moteur de la moëlle, paralyse les nerfs sensitifs périphériques et agit aussi sur le pneumo-gastrique dont elle diminue l'excitabilité ;

2° Elle fait rapidement baisser la pression sanguine par paralysie des vaso-moteurs ;

3° Le cœur, chez les animaux à sang froid, se ralentit de plus en plus et s'arrête en systole : chez les animaux à sang chaud, il s'accélère sur la fin de l'empoisonnement et s'arrête en diastole ;

4° Elle produit une action tétanisante sur les muscles ;

5° Elle fait rapidement baisser la température ;

6° Elle augmente la dénutrition.

Pour ce qui est de l'emploi thérapeutique de la caféine :

1° Elle est en général beaucoup mieux supportée que la digitale, et en débutant par de faibles doses, on n'a pas à craindre les fâcheux effets provoqués souvent par cette dernière ;

2° Elle régularise le cœur, augmente sa force d'impulsion et le ralentit ;

3° Elle provoque une diurèse plus ou moins abondante ;

4° Non-seulement c'est un succédané de la digitale, mais il faut *toujours* l'administrer dans les cas graves et qui peuvent devenir promptement mortels, car alors son action se manifeste plus sûrement et surtout plus rapidement que celle de la digitale ;

5° Il faut administrer la caféine à doses fractionnées, en potions ou en injections sous-cutanées, et ne jamais débuter par une dose plus forte que 20 centigrammes pour tâter la susceptibilité des malades, et augmenter rapidement la dose, s'il y a lieu, jusqu'à 50 à 75 centigrammes. Il est inutile de dépasser 1 gramme 50 ;

6° Pour résumer les indications de la caféine dans les affections du cœur, nous dirons qu'elle doit être administrée toutes les fois que, pour une cause quelconque, l'état des malades oblige ou à suspendre l'emploi de la digitale, ou que celle-ci ne serait pas supportée sans inconvénients ;

7° La caféine semble faire baisser la température dans les pyrexies : de plus, elle est très utile dans ces cas comme tonique du cœur ;

8° Dans les albuminuries d'origine cardiaque ou autres, elle peut être souvent d'un grand secours ;

9° C'est elle enfin qui semble agir sur la contractilité musculaire de l'intestin dans les cas de hernies étranglées.—*Tribune médicale.*

Traitement de l'hydropisie d'origine cardiaque.—Le Dr James Braithwaite, de Leeds, attire l'attention sur le fait que dans le traitement de l'hydropisie d'origine cardiaque l'infusion de digitale est beaucoup plus efficace que toutes les autres préparations de ce médicament. Il ne prétend pas dire là quelque chose de bien nouveau, mais il mentionne le fait pour la raison que dans la localité où il réside, il est rare que la digitale soit prescrite sous cette forme qui est cependant celle qui assure le mieux les effets diurétiques du remède. Il s'est donné

le trouble de demander aux médecins eux-mêmes quel était leur mode d'emploi de la digitale, et n'en a rencontré qu'un seul qui fît usage de l'infusion. Dans un cas d'anasarque énorme due à une maladie du cœur, le frère dn malade disait au Dr Braithwaite: "Eh bien, je suppose que vous allez m'annoncer que c'est là un cas où il est impossible de produire aucune amélioration." A la grande surprise de son interlocuteur, le Dr B. répliqua qu'au contraire le cas était très favorable, ce qui fut confirmé, du reste, par la marche subséquente de la maladie. L'auteur a l'habitude de prescrire une infusion fraîchement préparée chaque jour. "Je fais ordinairement mettre, dit-il, une demi-feuille de digitale, avec un peu de thé noir, dans douze onces d'eau bouillante, et fais prendre le tout dans le cours de la journée. Par ce moyen, nous obtenons tout l'effet diurétique du remède, en même temps que nous assurons son action bien connue sur la fibre musculaire du cœur. Il va sans dire que le patient doit observer le repos le plus absolu."

Ce traitement, que le Dr B. a mis en usage durant une période de quinze ans, a donné des résultats bien satisfaisants, quoique certains cas dans lesquels il l'a employé fussent très graves.—*N. Y. Med Record.*

Dilatation stomacale ; pseudo-cancer de l'estomac.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. Dujardin-Beaumetz fait observer que depuis quelque temps l'attention se trouve appelée sur certaines affections de l'estomac par suite de l'intervention chirurgicale à laquelle elles ont donné lieu de la part de chirurgiens allemands, en particulier de Billroth, et plus récemment encore à l'occasion de la maladie d'un personnage illustre. Il y a là, dit M. Beaumetz, tout un chapitre à faire sur ce que l'on pourrait appeler les faux cancers de l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz communique l'histoire d'un malade qui vomissait absolument tout ce qu'il prenait et qui avait un estomac extrêmement dilaté, comme dans les cas qui ont été désignés par les Allemands sous le nom de sténose cicatricielle du pylore. Ce malade, sous l'influence du lavage de l'estomac avec le tube Faucher, alla beaucoup mieux et put sortir de l'hôpital. Aussitôt parti de l'hôpital, il cessa ses lavages et se mit à prendre une quantité de pilules suisses. Il rentra presque aussitôt à l'hôpital, atteint d'une diarrhée très abondante, fut pris peu de temps après de tétanie généralisée et mourut, en vingt-quatre heures, asphyxique.

Le diagnostic porté, dans ce cas, par M. Dujardin-Beaumetz, avait été le suivant : ulcère de l'estomac ou du duodénum ayant amené une bride cicatricielle, et, conséquemment, un rétrécissement et la dilatation stomacale. L'autopsie confirma ce diagnostic. Elle montra tout d'abord, fait intéressant au point de vue de l'intervention chirurgicale, que, dans ces cas, les rapports habituels de l'estomac se trouvent tout a fait modifiés. L'estomac, en effet, chez ce malade, descendait dans la cavité abdominale qu'il remplissait presque entièrement. Il n'y avait pas de cancer, mais il existait, dans le duodénum, un rétrécissement dont l'examen histologique fera connaître la nature.

En présence des faits de ce genre, on peut dire qu'il n'y a pas aujourd'hui, en dehors de l'existence d'une tumeur appréciable, de signes positifs de l'existence d'un cancer de l'estomac.

M. Debove croit que le nombre des faux cancers de l'estomac est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit. Il cite l'exemple d'une

dame âgée de plus de soixante-dix ans qui, à un moment donné, a présenté tous les signes caractéristiques d'un cancer de l'estomac ; il n'y avait pas l'ombre d'un doute sur le diagnostic. Or cette malade va beaucoup mieux aujourd'hui et voilà plus d'un an qu'elle vit ; il ne s'agit donc pas de cancer.

M. Millard a vu un nombre considérable de faits analogues à celui que vient de citer M. Debove. Bien des fois il a pu réformer le diagnostic de cancer à l'aide des trois signes suivants : l'abondance des vomissements sanguins, la longue durée de la maladie, les variations de poids. Quand un malade présente des signes de cancer stomacal, M. Millard le soumet à la diète lactée et se garde d'abuser du lavage ; si après un certain temps le malade augmente de poids, s'il vit seulement un ou deux ans, M. Millard croit qu'on peut affirmer qu'il n'existe pas de cancer et qu'il s'agit d'une gastrite chronique. L'épaississement de la paroi stomacale peut donner lieu à une sensation de tumeur ; même lorsqu'il y a des évacuations sanguines, pour peu que la maladie dure un certain temps et que le malade augmente de poids, on peut affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer.—*Gaz. des hôpitaux.*

Anémie pernicieuse ou idiopathique et son traitement curatif. (*Lancet*, 10 et 17 novembre 1883). — Le docteur George Padley, médecin consultant de l'hôpital de Swansea à Londres, vient de faire paraître un mémoire des plus intéressants sur l'emploi de l'arsenic ou du fer dans l'anémie pernicieuse.

A l'appui de ses conclusions, le docteur Padley rapporte une série d'observations empruntées, soit à sa propre pratique, soit à celle des docteurs Timay, Lockie, Broadbent, Wilkin Moore, enfin du distingué professeur d'Edimbourg, le docteur Byron Bramwell.

L'arsenic possède des propriétés curatives évidentes contre l'anémie pernicieuse, progressive ou idiopathique, quelque difficile qu'il soit de trouver l'explication de ce fait.

Ces propriétés ont été trop longtemps et sont encore trop méconnues.

Au contraire, l'emploi du fer, s'il n'est pas nuisible, est tout au moins inutile. Autant ce médicament se montre héroïque dans les anémies passagères, et surtout dans la chlorose, autant il paraît plus qu'inutile dans le traitement de l'anémie pernicieuse, où son action paraîtrait plutôt entraver celle de l'arsenic. C'est en effet ce qui ressort de la lecture de ces observations, où les malades n'ont commencé à s'améliorer que lorsque le traitement ferrugineux a eté supprimé.

Il faut donc bien se garder de gorger son malade de préparations ferrugineuses, et n'employer tous les toniques, autres que l'arsenic, qu'à titre de médicaments auxiliaires.

L'arsenic paraît mieux agir quand il est donné sous une forme simple (liqueur de Fowler) ; son union avec le fer, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas à conseiller.

L'insuccès du fer pourrait, selon l'auteur, être considéré comme une espèce de signe diagnostique thérapeutique.

L'arsenic, à peine préconisé en courant et pêle-mêle avec d'autres drogues, dans le traitement de cette affection par les autorités de la thérapeutique anglaise, paraît, dans tous les cas précités, avoir contribué largement à sauver les malades de la mort.—*Bull. de thérapeutique.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Cancer du rectum.—Clinique de M. HUMBERT à l'Hôtel-Dieu.—Nous avons à faire aujourd'hui deux petites opérations La première sur un vieillard de soixante dix ans atteint d'une ostéite de l'extrémité supérieure du tibia. La deuxième consiste à extirper chez un homme de soixante-trois ans un épithélioma de la face. Je ne vous en dirai pas plus long sur ces deux malades. Je préfère les laisser de côté, pour vous parler d'un homme qui est couché dans la salle St-Jean. Vous m'avez vu l'examiner ce matin et reconnaître qu'il était atteint d'un cancer du rectum.

Cet individu, que je n'opère pas, est âgé de cinquante-trois ans. Il se portait bien, quand, il y a six ou sept mois, pas davantage, il fut pris de sensations de pesanteur dans le rectum et de ténesme rectal. Chaque fois que l'envie d'aller à la selle le prenait, il rendait, non pas des matières, mais des glaires auxquels venait se mêler quelquefois un peu de sang. Ces troubles sont du reste les premiers dont se plaignent les malades atteints de cette affection. Depuis cette époque, il a continué à souffrir, et, en même temps qu'il perdait du sang, il s'est mis aussi à perdre de l'humeur. En présence de ces modifications, nous avons touché le rectum et le diagnostic d'épithélioma du rectum n'a pas été long à établir.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le rectum, on ne tarde pas, après avoir constaté que l'anus est sain, à tomber sur une tumeur annulaire dont le centre laisse passer le doigt. Cette tumeur occupe toute la circonférence du rectum. Elle est dure, irrégulière et légèrement bosselée. La surface est inégale et sa circonférence antérieure légèrement découpée. Si vous persistez à pousser votre doigt dans ce canal rétréci, il continue à y pénétrer et vous arrivez à sentir la partie supérieure de la tumeur. La sensation que l'on a ressemble à celle que l'on aurait éprouvée en enfonçant le doigt dans l'épithélioma de l'avant bras que j'ai enlevé l'autre jour.

Le diagnostic s'impose donc ; et s'il ne saute pas aux yeux, il saute au doigt. Il est impossible de confondre cette affection avec un rétrécissement simple. On sent trop bien qu'il existe une tumeur bosselée et ulcérée. Il ne reste plus maintenant que quelque chose à rechercher pour le compléter. Il faut examiner l'état des ganglions inguinaux, celui des ganglions pelviens et voir enfin si l'état général est bon.

Les ganglions inguinaux se prennent quand la tumeur descend très bas. Ils n'existent donc pas chez notre malade, puisque l'anus est sain. Quant aux ganglions pelviens, beaucoup plus difficiles à examiner chez lui, je n'en ai pas senti. Ce n'est pas toutefois une raison pour nier leur existence, bien au contraire ; vu la difficulté de l'examen et l'état du malade, on doit présumer qu'il y en a. L'état général était assez satisfaisant jusqu'à ces derniers jours. Il avait, il est vrai, perdu du sang, mais il ne s'était pas amaigri : il allait à la garde-robe et la nutrition pouvait se faire.

Son état n'offrait donc rien d'alarmant, lorsqu'il y a quelques jours est survenue une complication. Il présente maintenant un plegmon périrectal. Cette complication n'est pas rare et, soit qu'elle survienne à la suite d'un cul-de-sac qui se sera formé au dessus de la tumeur, soit

qu'elle ait sa cause dans l'irritation de voisinage, elle se montre à nos yeux sous l'aspect suivant:

Les téguments sont rouges et les parties molles sont dures. La moindre pression, exercée à ce niveau, provoque de la douleur. Le malade est inquiet. Il souffre, ne dort pas et il en sera ainsi jusqu'au jour où nous aurons donné une issue au pus, ce que nous ferons du reste peut-être demain. Le pronostic est très grave. Un individu atteint de cancer du rectum vit six mois, un an ou deux ans au plus. Cette affection évolue rapidement et les malades sont fatalement condamnés. Tantôt ils sont enlevés par des hémorrhagies répétées. Tantôt, épuisés par la souffrance et le défaut d'aliments, ils vont en s'affaiblissant de plus en plus et meurent sans bruit.

En présence de cas semblables devons-nous rester les bras croisés? Non. Cherchons donc quelles sont les ressources dont nous pouvons disposer. La première pensée qui s'offre à notre esprit, c'est qu'il faut enlever la tumeur. Cette idée n'est pas neuve, car c'est elle qui a présidé à l'extirpation du rectum pratiquée pour la première fois avec succès par Lisfranc.

Cette extirpation peut être partielle ou totale, suivant que le mal remonte plus ou moins haut. Lorsqu'on arrive à sentir l'extrémité supérieure du cancer, on peut enlever une bande du rectum ou même toute sa circonférence. Quant aux cas d'extirpation partielle, ils ne se rencontrent guère, la tumeur étant presque toujours annulaire. Cette extirpation est difficile et grave, attendu qu'il faut détacher le rectum des parties qui l'environnent. En arrière et sur les côtés, cela ne va pas mal; mais en avant, ses rapports avec la vessie, la prostate et le péritoine rendent l'opération beaucoup plus délicate. En effet, si l'on blesse la prostate ou la vessie, on peut en être quitte pour une fistule; mais si l'on va ouvrir le péritoine, cet accident est fatalement mortel. J'ai vu pour ma part un fait de ce genre. Deux jours après l'opération le malade mourut, et le lendemain, nous constatâmes, à l'autopsie, la présence des matières fécales dans le petit bassin.

Supposons maintenant que toutes ces difficultés aient été vaincues. Est-ce à dire que les opérés soient sauvés? Non. Tantôt ils sont emportés par une hémorrhagie rapide ou par des pertes de sang qui se suivent; tantôt par une inflammation du tissu cellulaire du bassin. Quelquefois ils guérissent, mais, dans ces cas, vous ne leur procurez qu'une survie dont la durée sera plus ou moins longue, selon que la tumeur récidivera plus ou moins tard. Ce n'est pas toutefois une raison suffisante pour ne pas opérer. Dans cet épithélioma, comme dans celui de la langue, procurer un supplément d existence à un être humain est toujours une bonne œuvre. Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à examiner l'état des fonctions intestinales. Chez quelques-uns il y a une incontinence absolue. D'autres ne peuvent plus vider leur intestin; il y a alors une obstruction complète. Enfin il en est qui peuvent retenir les matières dures.

C'est en se fondant sur ces résultats qu'on a complètement rejeté cette opération en Angleterre, et qu'en Amérique on ne la pratique presque plus. Faut-il aller aussi loin? Non. Si vous lisez la thèse de M. Marchand, parue en 1873, vous y verrez qu'il y a de bons résultats. Ils sont rares, il est vrai, mais il y en a. C'est donc assez pour nous autoriser à pratiquer l'opération. Reste à savoir si on doit toujours

la pratiquer, et, dans le cas contraire, quelles sont les contre-indications. Chez notre malade, par exemple, est-ce possible? Non. Est-ce à cause de l'état général? Non, puisqu'il n'est pas mauvais. M. Peyrot, bien qu'il eût des hésitations, était d'avis de l'opérer. Est-ce le volume des ganglions qui pourrait être une contre-indication? Non, puisque les inguinaux n'existent pas et qu'on ne peut sentir les pelviens. Ce n'est pas non plus la hauteur de la tumeur, puisqu'on sent son bord supérieur et qu'on peut extirper dix, onze et même douze centimètres du rectum; mais c'est parce qu'elle envahit toute la circonférence du rectum, et qu'elle est adhérente à la partie antérieure. C'est parce que nous ne pouvons pas l'enlever sans toucher à la prostate et à la vessie. Voilà ce qui, chez notre malade, rend l'opération impossible. Vous pouvez donc, toutes les fois que la tumeur est mobile, tenter son extirpation; mais, quand la paroi antérieure est intimement liée aux organes avoisinants, n'enlevez jamais le rectum. Votre opération serait désastreuse. C'est pour ces raisons que nous pratiquons quelquefois cette opération et que nous ne la mettons pas complètement de côté, comme on le fait en Angleterre.

L'extirpation est donc impossible. C'est pour nous un fait bien acquis; mais est-ce à dire que nous n'ayons plus rien à faire? Non. Il nous reste le traitement palliatif. Il consiste à rétablir le canal du rectum obstrué par le cancer qui fait tellement saillie, qu'on n'a plus qu'un pertuis large comme un tuyau de plume. On peut, lorsque le sphacèle de la tumeur n'est pas venu, rétablir la voie, employer trois moyens pour obtenir ce résultat. Ce sont, en procédant du plus simple au plus grave, la dilatation, la rectotomie et l'anus artificiel.

Dans la dilatation, il s'agit simplement d'introduire dans le rectum des bougies, des canules, ou d'y passer un ou deux doigts. Je ne vous conseille pas le moyen de M. Duplay. Introduire la main dans le rectum est trop dilater. Si cette dilatation ne suffit pas, il faut avoir recours à la rectotomie linéaire de M. Verneuil. Elle consiste à fendre verticalement le rectum au niveau de la région postérieure avec une chaîne d'écraseur. Elle est plus grave que la dilatation, mais elle offre moins de dangers que la colotomie, à laquelle on est quelquefois obligé de recourir.

L'anus artificiel se pratique au niveau du colon, comme l'a indiqué M. Trélat à la Société de chirurgie, en 1882. Un certain nombre de malades, à la suite de cette opération, peuvent garder les selles. On a ainsi l'avantage de prolonger leur vie. On donne un cours aux matières fécales et l'alimentation devient possible. Les douleurs sont supprimées, mais le cancer n'en continue pas moins sa marche.

Chez notre malade, devons-nous faire cette opération? Non, parce que mon doigt passe. Il faut se borner aux moyens hygiéniques. Il faut se borner aux moyens hygiéniques. Il faut faire des lavages et des irrigations. Il faut entretenir la liberté du ventre par des lavements émollients et des purgatifs comme l'huile de ricin prise à petite dose. Il faut calmer les souffrances par la morphine et mettre de côté l'opium qui constipe. En somme, en présence d'un cas mortel, on doit opérer et, si nous ne le faisons pas ici, c'est parce que notre malade a encore plus de chance pour vivre qu'il n'en aurait après l'opération.—*Praticien.*

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule.—*Société de chirurgie* de Paris ; séances des 7, 14 et 21 novembre 1883.

M. CHAUVEL, à l'occasion d'un rapport dont il était chargé sur un malade présenté par M. Beauregard (du Havre), lit un travail sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

M. Beauregard, dans le courant de l'année, présenta un malade qui, deux mois auparavant s'était fait une fracture de la rotule. Le rapprochement des deux fragments étant impossible, M. Beauregard fit, dès le second jour, l'arthrotomie et la suture immédiate. Le fragment inférieur était si petit qu'après avoir passé un gros fil d'argent dans l'épaisseur du fragment supérieur, il dut faire passer ce fil au-dessous du fragment inférieur. Les suites de l'opération furent des plus simples. Deux mois après, le malade marchait et semblait guéri. Ce fut alors que M. Beauregard le présenta à la Société de chirurgie, en concluant à la guérison et aux bons résultats de la suture osseuse. Plusieurs membres ayant déclaré que l'examen de l'opéré ne leur semblait pas confirmer les conclusions, M. Beauregard présenta de nouveau son malade deux mois après, acceptant alors les réserves qui avaient été formulées par plusieurs membres de la Société en considérant le cas comme un demi-succès à l'actif de la suture osseuse dans la fracture de la rotule. Il attribuait cet insuccès relatif à deux causes, d'abord à l'arthrite, puis à l'exiguité du fragment inférieur. Mais il persistait à considérer la disposition des fragments, dans ce cas, comme justifiant l'opération. Quoiqu'il en soit, M. Chauvel, tout en acceptant que l'opération semblait indiquée, considère le résultat obtenu par M. Beauregard comme peu encourageant.

M. Chauvel a pu réunir 43 observations de suture osseuse dans les cas de fracture de la rotule, dont quatre antérieures à 1877, époque à laquelle est apparue la méthode antiseptique. Sur ce nombre se trouvent 33 hommes pour 7 femmes. Dans 38, il s'agissait de fractures avec plaie. Dans 25 de ces cas, la fracture était récente. Des diverses recherches auxquelles s'est livré M. Chauvel, en compulsant ces observations, il résulte qu'un seul fil suffit généralement, qu'il n'est pas nécessaire d'en faire passer un au-dessous du fragment inférieur, que le métallique est préférable à tout autre, qu'il vaut mieux le laisser en place, que le drainage est indispensable, que la réunion des parties superficielles favorise la solidité de la suture, qu'il est de toute nécessité d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, qu'il faut placer le membre dans un appareil inamovible qui ne devra être levé qu'à la fin du premier mois.

Les suites immédiates de l'opération sont souvent dangereuses. Sur 33 observations, on compte 28 bons résultats et 5 résultats mauvais. Sur 43 faits, 3 décès et une amputation de cuisse consécutive, ce qui fait environ 5 p. 100 de mortalité. L'atrophie et la faiblesse du membre, après l'opération, sont la règle. La consolidation fibreuse est la plus habituelle, la consolidation osseuse l'exception.

Il résulte de toutes ces considérations, selon M. Chauvel, que dans les cas de fracture ancienne de la rotule avec impotence fonctionnelle du membre, la suture osseuse est une opération utile et doit être tentée ; en est-il de même pour les fractures récentes ?

Ici, M. Chauvel hésite à se prononcer : on ne meurt pas d'une fracture de la rotule, dit-il, on peut mourir de l'arthrotomie. Aussi la

suture osseuse, dans les cas de fracture récente, ne doit-elle pas être érigée en méthode générale ; elle doit être réservée uniquement aux cas où la coaptation des deux fragments est absolument impossible par tout autre moyen.

M. Lucas-Championnière ne conclut pas comme M. Chauvel et se montre plus favorable à l'arthrotomie et à la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule. Il y a, dit-il, quelques inconvénients à rassembler tous les cas, comme l'a dit M. Chauvel, à les comparer entre eux et à en tirer des conclusions générales. Dans ces sortes de statistiques portant sur tous les faits, on arrive toujours à une mortalité relativement considérable pour une opération qui, entre les mains de certains chirurgiens, ne donne pas du tout de mortalité. C'est ainsi que dans un travail récent publié dans le *British Medical Journal* M. Lister publie 7 cas se rapportant à 7 malades qu'il a présentés à une société chirurgicale de Londres. Aucun de ces 7 malades n'a eu le moindre accident. Chez l'un d'eux l'arthrotomie a été pratiquée deux fois sur le même genou, la mobilisation ayant été faite prématurément la première fois et les fragments s'étant de nouveau séparés. Cela fait donc 8 arthrotomies avec suture des fragments, toutes suivies de guérison plus ou moins complète. Lorsque le fragment inférieur est petit, Lister passe un fil au-dessous, dans le tendon rotulien ; il a obtenu d'excellents résultats de cette manière de faire. Il n'emploie qu'un seul fil et le laisse en place ; dans certains cas, il fait une ouverture d'écoulement postérieure dans le creux poplité.

M. Lucas-Championnière a lui-même pratiqué une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule, il y a trente-cinq jours, dans un cas de fracture ancienne où la coaptation était absolument impossible, où il y avait un écartement considérable des fragments, où tout mouvement de la jambe était impossible. Il ouvrit largement le genou, dégagea chacun des fragments d'une sorte de fausse membrane épaisse dans laquelle ils étaient enveloppés, ce temps de l'opération fut laborieux ; il éprouva de grandes difficultés pour rapprocher les fragments. Il dut mettre trois fils et plaça deux drains. Les suites furent aussi simples que possible. Rien à signaler en ce qui concerne l'articulation ; aucun inconvénient du fait même de l'opération. Le malade est encore dans un appareil, reste à savoir quel sera le résultat fonctionnel.

Ce fait, joint à ceux de M. Lister, autorise M. Lucas-Championnière à penser que la suture osseuse immédiate dans les fractures de la rotule est une bonne opération, pourvu qu'on soit bien sûr de son antisepsie.

M. Pozzi a pratiqué, il y a quelque temps, sur un aliéné agité de l'asile Sainte-Anne, une arthrotomie avec suture osseuse de la rotule fracturée. L'opération s'est faite dans les meilleures conditions, les suites ont été des plus simples et le résultat final semblait devoir être aussi satisfaisant que possible, lorsque, sous l'influence de manœuvres de mobilisation intempestives ou tout au moins prématurées, la rotule se rompit de nouveau.

Cet aliéné s'était, la première fois, fracturé la rotule dans une chute en s'échappant de l'asile Sainte-Anne ; il fit à pied, après l'accident, plus de 400 mètres ; l'écartement considérable des deux fragments, un épanchement sanguin intra-articulaire abondant, l'extrême agitation du malade rendirent l'opération assez difficile. Elle put cependant

être menée à bonne fin et le malade fut placé dans un appareil plâtré. Il n'y eut pas de fièvre, pas de suppuration. La cicatrisation était complète après huit jours. Les attelles plâtrées furent laissées deux mois en place ; les fils métalliques sont restés dans la plaie; le malade put marcher, mais il avait une raideur articulaire considérable et il ne pouvait fléchir le genou. Le cal était parfaitement linéaire. M. Pozzi crut devoir mobiliser l'articulation. Des mouvements trop brusques imprimés par l'interne de garde déterminèrent la rupture de la rotule.

Malgré le mauvais résultat final, M. Pozzi signale quelques points intéressants dans cette observation : d'abord l'apyrexie complète, la parfaite tolérance des fils, une atrophie très marquée du triceps attribuable à l'immobilisation prolongée. En terminant, M. Pozzi demande l'avis de ses collègues ; il serait assez disposé à tenter de nouveau la suture chez le malade.

M. Richelot : Puisque M. Pozzi demande l'avis de ses collègues, je commencerai par lui donner le conseil d'électriser le triceps de son malade avant de recommencer la suture osseuse. Il y a dans cette question deux choses à considérer : d'abord la valeur opératoire, puis la valeur clinique. Dans la plupart des cas qui ont été signalés, la valeur opératoire a été absolue ; M. Beauregard a réussi à obtenir le rapprochement des fragments, de même M. Lucas-Championnière, de même M. Pozzi. Reste à savoir quelle est la valeur clinique de ces résultats. Etant admis que l'arthrotomie antiseptique est une très-bonne opération, est-elle applicable aux fractures de la rotule ? Il ne faut s'y risquer que si elle est formellement indiquée.

On admet classiquement que l'écartement des deux fragments rotuliens est la cause unique de la gêne fonctionnelle ; mais cela reste à démontrer. On sait, en effet, cliniquement, qu'il y a des malades qui marchent très bien avec un écartement plus ou moins considérable des fragments de la rotule, qu'il y en a d'autres, au contraire, qui marchent très mal sans qu'il y ait d'écartement.

Le rôle de ce dernier n'est donc pas essentiel pour la production de la gêne fonctionnelle. On raconte même qu'un chirurgien anglais, voyant un jour marcher dans ses salles un malade qui s'était fracturé la rotule et qui était guéri sans écartement, s'empressa de lui donner un croc-en-jambe afin de fracturer de nouveau sa rotule, l'écartement lui paraissant une condition indispensable à la guérison. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas de relation exacte entre le degré de l'écartement et le degré de la gêne fonctionnelle. Dans les fractures de la rotule, il y a toujours un certain degré d'arthrite, et, conséquemment, un certain degré d'atrophie du triceps. J'ai eu à soigner en même temps à l'Hôtel-Dieu deux malades atteints de fracture de la rotule, dans les mêmes conditions, avec le même écartement, soumis au même traitement ; l'un de ces malades a très bien marché, tandis que l'autre a présenté une impotence absolue. Pourquoi cette différence ? C'est que le premier avait un triceps à peu près normal, tandis que, chez le second, le triceps faisait complètement défaut, était tout à fait paralysé. La gêne fonctionnelle tient donc beaucoup plus à l'état du triceps qu'à l'écartement des fragments. Je ne nie pas, toutefois, que l'écartement puisse être seul cause de la gêne fonctionnelle, et j'admets que dans certains cas, comme dans celui de M. Lucas-Championnière, par exemple, le triceps étant normal, une solution de continuité absolue

entraîne une gêne fonctionnelle plus ou moins considérable et suffisante pour justifier l'intervention chirurgicale. Mais, dans toutes les obsertions où l'on considère la guérison comme la conséquence directe du rapprochement des deux fragments, il y aurait lieu d'indiquer l'état du triceps. Il est hors de doute pour moi que les malades qui ont bien marché avaient un triceps normal, et je suis bien convaincu que, dans certains cas, la guérison aurait pu être obtenue aussi bien par l'électrisation du triceps que par le rapprochement des fragments. En résumé, il importe donc de bien examiner tout d'abord le triceps, et, s'il est atrophié, de l'électriser avant de recourir à une opération n'ayant pour but que le rapprochement des fragments.

M. Gillette s'associe entièrement à la manière de voir de M. Richelot. Il considère l'opération pratiquée par M. Beauregard comme une opération mauvaise et même dangereuse. L'arthrotomie immédiate, dit-il, est une opération très grave et, bien que je sois franchement listérien, je ne le suis pas assez pour accepter cette opération dans les conditions où elle a été pratiquée par Lister lui-même. Je crois qu'on ne doit pratiquer une opération aussi grave que quand il y a une indication formelle ; or, je ne vois que deux cas dans lesquels l'arthrotomie et la suture de la rotule me paraissent pouvoir être indiquées : lorsqu'il s'agit d'une fracture de la rotule compliquée de plaie ou lorsqu'il s'agit d'une fracture ancienne ayant amené des troubles de la locomotion qu'aucun des moyens ordinaires n'est parvenu à surmonter. La consolidation osseuse n'est pas le seul élément dont il faille tenir compte ; comme l'a très bien fait observer M. Richelot, l'état du triceps joue aussi un grand rôle. En outre, souvent un cal fibreux vaut infiniment mieux qu'un cal osseux.

En somme, je repousse absolument l'arthrotomie immédiate pour les fractures de la rotule, sauf en présence des deux seules indications que j'ai signalées.

M. Verneuil professe la même opinion : " Si j'avais la mauvaise chance, dit-il, en sortant d'ici, de me casser la rotule, M. Lister lui-même viendrait-il me proposer de m'ouvrir le genou et de me pratiquer la suture osseuse,—je refuserais énergiquement. Or, comme je ne fais pas à autrui ce que je ne voudrais pas qu'il me fût fait, je condamne absolument l'arthrotomie immédiate. S'il n'y a dans le monde entier que quelques chirurgiens capables de mener à bien cette opération, ce n'est pas assez et il faut se garder de la préconiser, d'autoriser des médecins ou des chirurgiens inexpérimentés ou mal outillés à la pratiquer comme une opération de la chirurgie courante. Si l'on se laisse aller dans cette voie, on nous proposera bientôt la suture des fragments dans la fracture du col du fémur.

Il a été fait un tableau bien chargé des accidents consécutifs aux fractures récentes de la rotule. Si j'avais pris la parole avant M. Richelot, j'aurais dit mot pour mot ce qu'il a dit. M. Petit prépare en ce moment un mémoire contenant un grand nombre d'observations qui prouvent que la gêne fonctionnelle, dans les fractures de la rotule, est due surtout à la paralysie du triceps. Quand j'ai à traiter ces fractures, je cherche à obtenir la coaptation des deux fragments, et, si le triceps est en bon état, un cal fibreux suffit parfaitement. On obtient d'excellents résultats avec une simple attelle de plâtre, trois tubes de caoutchouc et dix agrafes ; pourquoi aller courir les risques d'une

grave et dangereuse opération, opération qui donne 4 morts sur 43 cas ? N'est-ce donc rien que cette mortalité ? Je proteste donc de la façon la plus formelle contre l'intervention à outrance dans le traitement des fractures de la rotule.

M. Verneuil cite même deux cas de fractures de la rotule avec plaie, qu'il a parfaitement guéries, sans opération, avec le simple appareil plâtré dont il vient de parler, appareil, dit-il, avec lequel on obtient d'excellents résultats, tandis qu'avec l'arthrotomie immédiate, quels résultats obtient-on ? Celui de M. Beauregard, celui de M. Pozzi. Il est dangereux de laisser s'installer dans la chirurgie courante une thérapeutique qui peut causer d'aussi graves accidents.—(*A suivre.*)—*Union médicale.*

Traitement de l'uréthrite chronique et de la cystite d'origine blennorrhagique.—M. le professeur Guyon, dans ses leçons sur l'uréthrite chronique, insiste surtout sur le rôle de la médication générale et sur son importance, suivant les diathèses qui donnent naissance ou entretiennent les écoulements. Il recommande l'huile de foie de morue créosotée, l'arsenic, l'iodure de fer, les sulfureux à l'extérieur et à l'intérieur, les balsamiques, les douches, etc.

Le traitement local a aussi une grande valeur, et consiste principalement dans les injections, les instillations, les cautérisations et le cathétérisme.

Si l'injection est le procédé le plus usité, elle reste le plus souvent insuffisante, faute d'un emploi judicieux. Son action est irrégulière, car, d'une part, les liquides employés sont trop ou trop peu actifs, et restent alors sans effets ou dépassent le but; d'autre part, le liquide n'arrive que bien rarement au cul-de-sac bulbaire, point précis où s'est localisée l'affection.

L'instillation présente plus de garantie pour porter le liquide curatif sur la partie malade. Elle se fait avec un explorateur en gomme, creux et percé d'un orifice très fin au sommet de son olive. A l'autre extrémité, on ajoute une seringue semblable à celle de Pravaz, mais un peu plus grande et permettant de compter les gouttes. On introduit donc la sonde jusqu'au point où l'on sent une résistance; on la retire (la sonde) un peu en arrière et l'on injecte 5 ou 6 gouttes de la solution. Après quelques minutes d'attente, on enfonce plus profondément, et quand on est arrivé vers l'extrémité postérieure de l'urèthre, on injecte de 20 à 25 gouttes de liquide. S'il en pénètre quelque peu dans la vessie, l'urine neutralise aussitôt l'action trop astringente du liquide, ou même le décompose instantanément, s'il s'agit du nitrate d'argent, que M. Guyon emploie le plus souvent en solution variant du vingtième au cinquantième. Il se sert aussi du sulfate de cuivre du dixième au trentième.

Les rétrécissements seraient, à cette période de l'uréthrite chronique, extrêmement rares, et il faut user du cathétérisme avec prudence, pour ne pas amener chez les sujets prédisposés des cystites, des orchites, etc.

On n'emploiera donc le cathétérisme que dans les cas rebelles, et encore avec les plus grandes précautions, tous les deux jours au plus et en évitant tout effort. Quant à celles qui sont dites *médicamenteuses*, elles semblent sans utilité.

Lorsque à la suite d'une blennorrhagie chronique, ou d'une injection poussée avec trop de violence, il se déclare une cystite, l'inflammation provoquée par la présence du pus ou du liquide astringent est toujours très violente. Elle s'accompagne même, plus souvent que les autres formes, d'hémorrhagies avec mictions fréquentes, et de douleurs considérables. Le sang n'apparaît que dans la dernière partie de la miction.

Les instillations de nitrate d'argent dans la vessie, en solution au centième ou au cinquantième (10 ou 15 gouttes), arrêtent l'hémorrhagie et soulagent les malades très rapidement. L'effet thérapeutique de l'injection se produit aussi bien dans les cas anciens que dans ceux qui sont récents; on doit la renouveler tous les jours, et M. Guyon a vu au bout de cinq à six instillations guérir un malade qui, malgré un traitement bien dirigé, conservait depuis trois mois une cystite hémorrhagique douloureuse.

La cystite chronique ou subaiguë, survenant longtemps après les premiers accidents de la blennorrhagie, serait, d'après M. Guyon, très fréquente; sa persistance et ses récidives peuvent quelquefois la faire confondre avec une tuberculose vésicale, et rendre le diagnostic très difficile.

Le traitement serait encore le même que dans la cystite aiguë.—*Bulletin de thérapeutique.*

Nous rapprocherons ici de cette remarquable leçon de l'éminent chirurgien de Necker, le mode de traitement préconisé par Ultzmann à la policlinique de Vienne, et reproduit par le *New-York Medical Journal.*

Le malade que je vous présente souffre d'uréthrite chronique. Nous disons que la gonorrhée est aiguë quand elle évolue en quatre ou six semaines, et qu'elle est guérie lorsque l'écoulement a cessé. Mais à l'examen endoscopique, on peut facilement voir que la muqueuse est couverte d'une sécrétion qui s'enlève lors de la miction et qui pour cela même, passe inaperçue. La plus grande partie du produit sécrété est en réalité une espèce de fausse membrane développée sur la muqueuse uréthrale et n'a aucun rapport avec les liquides provenant de la prostate ou des glandes de Cowper. Quand la maladie est aiguë, cette sécrétion est très abondante; quand elle passe à l'état chronique, il n'y a plus que quelques débris épithéliaux qui passent avec l'urine. L'examen microscopique de cette sécrétion y révèle quelquefois la présence du sperme; on sait que l'inflammation des parties profondes de l'urèthre peut s'accompagner de pollutions nocturnes. Il n'est pas facile de dire, au seul aspect de le sécrétion, si c'est la portion antérieure ou la portion postérieure du canal qui est affectée. En général, la sécrétion venant de la région antérieure est plus épaisse et plus filante.

Ce malade a uriné, et vous pouvez remarquer la présence de petites masses fibrineuses dans l'urine. Etant aussi petites et aussi isolées, elles ne proviennent, probablement, que de quelques points enflammés de l'urèthre. Où siège l'uréthrite dans ce cas-ci? Indubitablement dans la portion antérieure, puisque le patient n'éprouve aucune douleur en urinant. Si la portion prostatique était affectée, il y aurait douleur à la fin de la miction.

Quel est le traitement à suivre? L'uréthrite chronique amène des altérations de l'urèthre. Avons-nous, ici, des symptômes d'épaississement de la muqueuse ou une stricture? Pouvons-nous passer un cathéter No 24 et 26? Si nous découvrons une stricture, il faut commencer immédiatement à la dilater.

La seconde indication est de traiter localement l'inflammation, ce qui peut se faire au moyen d'une seringue ordinaire. Dans la gonorrhée aiguë, il est non-seulement inutile mais encore positivement nuisible de faire des injections trop considérables. Il vaut mieux n'injecter qu'une demi-seringue à la fois et répéter l'injection deux ou trois fois. Rien ne peut enlever la sécrétion purulente aussi bien que le jet même de l'urine, de sorte qu'il est de bonne pratique de faire uriner le malade avant de pratiquer l'injection.

A très peu d'exceptions près, les strictures les plus étroites se rencontrent dans la portion bulbeuse, d'où il suit que dans les cas rebelles d'uréthrite, nous devons faire les applications nécessaires sur les parties profondes du canal. Ce n'est pas toujours chose facile, car les muscles bulbaires, se contractant sous la moindre irritation, chasseront le liquide au dehors. Il importe de porter les applications sur le mal même, ce qui ne peut se faire qu'au moyen d'un cathéter ou d'une seringue faite expressément dans ce but. Un cathéter de petit calibre (No 7) est ce qui convient le mieux. Introduisez-le lentement jusqu'à environ douze ou quinze centimètres, jusqu'à ce que vous rencontriez un obstacle dû à la contraction des muscles. Injectez alors de 200 à 300 centigrammes. En pratiquant ceci une fois par jour, vous opèrerez une guérison assez prompte. La solution doit être toujours chaude. Pour moi, j'emploie la formule suivante: ℞ alun, sulfate de zinc, acide carbolique pur, de chaque, 1 partie; eau distillée, 500 parties. Ceci peut être dilué autant qu'on le veut. On augmentera chaque jour le titre de la solution jusqu'à ce qu'il représente quatre parties de chaque ingrédient.

Vous pouvez aussi employer: Permanganate de potasse, 2 parties; eau distillée, 200 parties.

Ajoutez dix pour cent de cette solution à un grand verre d'eau chaude pour chaque injection; vous pouvez augmenter graduellement à 50 pour cent.

Nous avons enfin une troisième formule: ℞. nitrate d'argent 1 partie: eau distillée, 500 parties.

Chez le patient que voici, j'introduis un cathéter à l'extrémité duquel est attaché un long tube de caoutchouc; vous voyez combien il est facile, de la sorte, de pratiquer l'injection au moyen d'une seringue ordinaire en caoutchouc. De fait, le malade peut facilement apprendre à se la faire lui-même. Ici je ne puis découvrir aucun rétrécissement, quoique la muqueuse de la partie antérieure de l'urèthre semble être épaissie.

Symptome pathognomonique de la fracture du col du fémur.—Il n'est pas de chirurgien qui ne sache l'immense difficulté qu'on rencontre souvent à diagnostiquer d'une façon absolument précise la fracture extra ou intracapsulaire du col du fémur.

Les symptômes qu'elle amène sont, en effet, ordinairement insuffisants et inconstants.

Et de fait, la douleur, la tuméfaction et l'impuissance fonctionnelle sont des symptômes communs à trop de lésions traumatiques différentes pour qu'on puisse leur donner une importance particulière dans le diagnostic de la fracture dont nous nous occupons. L'élévation du grand trochanter peut ne pas se manifester, non seulement parce que le grand trochanter peut ne pas s'élever, mais encore parce qu'en se portant un peu en arrière il peut rester toujours à la même distance de la crête de l'iléon qui va en s'élevant progressivement d'avant en arrière. La rotation du pied en dehors n'est pas constante, et l'on peut dans quelques cas rares avoir l'occasion de voir le pied tourné en dedans; la crépitation est un symptôme extrêmement difficile à reconnaître, et la diminution de l'arc de cercle que décrit le trochanter dans les mouvements de rotation imprimés à l'articulation est niée par Boyer et par d'autres autorités chirurgicales.

Voici, d'après M. le professeur Bezzi, à quel signe on pourra rendre évidente la fracture du col du fémur.

A l'hôpital de Milan, il existe une pratique traditionnelle qui consiste à explorer, chaque fois que l'on soupçonne la fracture du col, le court espace qui se trouve entre le trochanter et la crête de l'iléon. Au lieu de la résistance considérable que présente dans le membre sain la tension du muscle tenseur du fascia lata, on rencontre, lorsque le membre est malade, une dépression profonde due évidemment à la diminution de tension de ce muscle par suite du rapprochement de ses points d'attache.—*Revue médicale française et étrangère.*

La trachéotomie dans la phthisie laryngée.—M. Gouguenheim communique à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade atteint de phthisie laryngée et qui était sur le point de succomber lorsque M. Dujardin-Beaumetz, dans le service duquel il se trouvait alors, lui fit la trachéotomie. A la suite de cette opération, ce malade, bien que déjà arrivé à une période avancée de la tuberculose, se trouva singulièrement amélioré et M. Dujardin-Beaumetz l'envoya dans le service de son collègue M. Gouguenheim, où il vécut encore pendant six semaines après l'opération, Ce malade ayant fini par succomber aux progrès de la tuberculose, voici ce qu'on trouva à l'autopsie: il y avait de nombreuses et volumineuses végétations tuberculeuses sur le larynx dont le calibre était presque entièrement bouché, de telle sorte qu'au moment où fut faite la trachéotomie, la suffocation était imminente. Il y avait également de l'adénopathie trachéo-laryngienne et, à cette occasion, M. Gouguenheim fait observer qu'il existe en cette région de nombreux ganglions qui n'ont encore été décrits par aucun anatomiste, et que l'hypertrophie de ces ganglions, en comprimant le nerf récurrent, peut amener des accidents très redoutables.—*Gazette des hôpitaux.*

Z..., est bien malade.

Le docteur est au chevet et le console.

—Rassurez-vous, cher ami...

—Croyez-vous que ce ne soit pas fini ?

—Hum !... reprend le docteur, tout ce que je puis vous dire, c'est que, avec cette maladie, le cadavre ne sera pas défiguré.

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la couveuse pour enfants. — Extrait d'une monographie du Dr. A. Auvard, interne à la Maternité de Paris.—La question du milieu dans lequel le nouveau-né peut être placé, surtout quand il vient avant terme, a été depuis longtemps le sujet des études et des recherches de la science obstétricale. L'emploi des couveuses pour enfants, introduites à la Maternité en 1881, par notre excellent maître M. Tarnier, nous paraît, vu les résultats qu'elles ont fournis, constituer un réel progrès, et mériter l'attention des médecins.

Une des couveuses de la Maternité de Paris, construite, d'après les indications de M. Tarnier, par M. Odile Martin, se compose d'une boîte en bois dont les parois sont épaisses de 4 à 5 pouces et remplies de sciure de bois, pour les rendre isolantes autant que possible. Cette boîte, reposant sur un piédestal, est haute, y compris ce dernier, de 3 pieds 1½ pouces, large de 2 pieds 3½ pouces, et profonde de 2 pieds 9½ pouces.

Elle est séparée en deux compartiments par une division centrale. Le compartiment inférieur contient le réservoir d'eau chaude; le supérieur est destiné à recevoir le berceau de l'enfant.

La caisse en métal qui constitue le réservoir d'eau chaude remplit presque tout le compartiment inférieur. Ses dimensions extérieures sont les suivantes : largeur 15¾ pouces, profondeur 22¾ pouces, hauteur 12¼ pouces. Son contenu est de 18 gallons environ. Entre les parois des réservoirs et celles de la caisse en métal il y a un espace libre, de 1 pouce, destiné à la circulation de l'air qui, venant des parties inférieures, monte dans le compartiment supérieur et s'échappe par des orifices pratiqués au couvercle de la boîte.

Au réservoir d'eau chaude est adapté un robinet permettant de le vider facilement, et un thermosiphon.

Le compartiment supérieur est destiné à recevoir une corbeille dans laquelle sera placé l'enfant. Elle a pour dimensions : hauteur 1 pied largeur 1½ pieds, profondeur 2 pieds. Ce compartiment n'est séparé de l'inférieur que par une paroi à jour permettant un libre accès de l'air de l'un dans l'autre. Il communique avec l'extérieur par deux orifices : l'un percé dans la paroi supérieure de la boîte, et fermé par un double couvercle en verre ; l'autre s'ouvrant à la façon d'une porte comprenant presque toute la paroi latérale du compartiment et permettant d'enlever facilement le berceau de l'enfant en l'attirant au dehors.

Aux quatres coins de l'ouverture supérieure se trouve un orifice arrondi de ¾ de pouce de diamètre, pour permettre le passage de l'air de telle sorte que ce fluide, pénétrant entre le piédestal et la boîte par les solutions de continuité qui existent à ce niveau, monte le long des parois du réservoir d'eau chaude, arrive échauffé dans le compartiment supérieur, où il séjourne un temps variable, et enfin s'échappe par un des orifices que nous venons de mentionner.

Au réservoir d'eau chaude est adapté un thermosiphon. Il suffit d'allumer la lampe représentée dans la figure, lampe alimentée soit par le gaz, soit par l'alcool, soit par l'essence de pétrole, pour que le liquide contenu dans le cylindre s'échauffe rapidement. Puis le liquide échauffé, s'échappant par le tube supérieur, pénètre dans le réservoir ;

il est remplacé dans le thermosiphon par une partie égale de liquide revenant par le tube inférieur. Un courant se trouve ainsi établi dans toute la masse du réservoir, dont la température s'élève progressivement jusqu'au degré désiré.

La couveuse que nous venons de décrire constitue pour une maternité un bon appareil, mais pour la clientèle privée elle présente deux inconvénients, son prix et son volume, qui peuvent faire reculer devant son emploi, malgré ses avantages. Pour y remédier, guidé par les avis de M. Tarnier, nous avons fait construire le modèle suivant, dont la simplicité est la principale qualité et que toute personne pourra sans difficulté se procurer auprès d'un menuisier quelconque.

Cet appareil est représenté par les trois figures ci-jointes :

Il se compose d'une caisse en bois longue de 2 pieds 1½ pouces, large de 14 pouces, haute de 19½ pouces (dimensions extérieures) : l'épaisseur des parois étant d'environ 1 pouce.

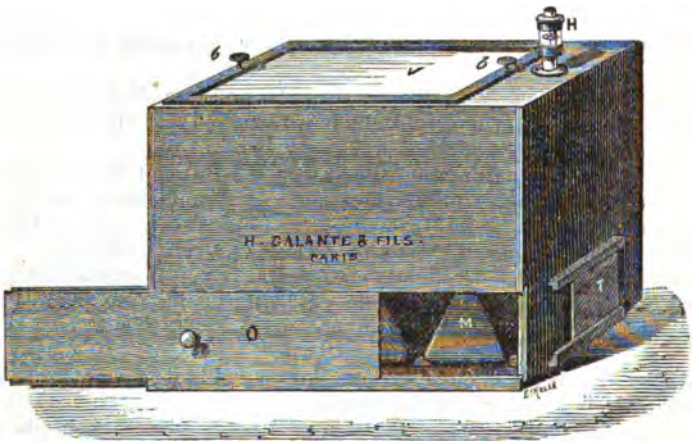

FIG. 1.

L'intérieur de la caisse est divisé en deux parties par une cloison horizontale incomplète (fig. 2, P) située à environ 6 pouces de la paroi inférieure.

Dans l'étage inférieur, destiné à recevoir des boules d'eau chaude en grès, connues à Paris sous le nom de moines, sont pratiquées deux ouvertures, l'une latérale (fig. 1, O), occupant toute la longueur de la paroi, fermée par une porte à coulisse et pouvant à volonté se tirer dans les deux sens : c'est la voie d'introduction des boules ; l'autre percée à une des extrémités de la boîte (fig. 1 et 2, T), obturée par une porte incomplète, c'est-à-dire moins grande que l'orifice qu'elle recouvre, de manière à permettre toujours le passage d'une certaine quantité d'air.

L'étage supérieur, disposé pour recevoir l'enfant, est garni de coussins à cet effet ; il s'ouvre en haut par un couvercle vitré (fig. 2, V)) dont la fermeture est aussi complète que possible ; deux boutons (fig. 1 et 2, *bb*) permettent de l'enlever facilement. Sur la paroi supérieure se trouve un orifice de sortie auquel est fixé, si on veut, un tube muni à son intérieur d'une petite hélice très mobile et pouvant tourner sous l'influence d'un faible courant d'air (fig. 1, H).

Dans l'ouverture qui fait communiquer les deux compartiments, on place une éponge imbibée d'eau simple pour humidifier l'air, et aussi un thermomètre destiné à marquer la température de l'appareil.

Les parois doivent avoir une épaisseur de 1 pouce environ. Pour les rendre plus isolantes, on peut les tapisser à l'intérieur et à l'extérieur d'un feutre blanc ou simplement de toile blanche sous laquelle on glissera une légère couche de ouate. C'est déjà un perfectionnement qui n'est pas indispensable, et auquel chacun à son gré peut en ajouter de nombreux autres. Le modèle avec lequel nous avons fait nos essais à la Maternité se compose d'une simple boîte en bois et sans revêtement aucun : nous avons, avec lui, obtenu une température suffisamment chaude et constante.

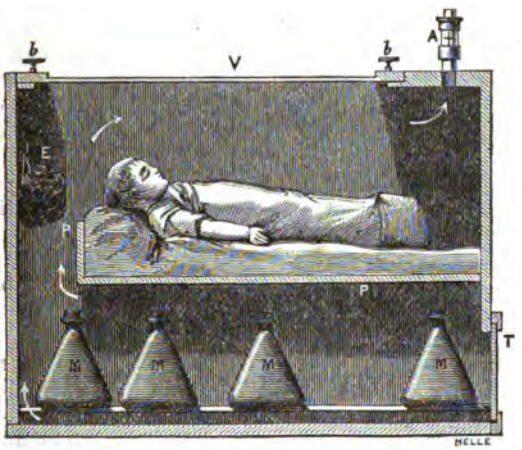

FIG. 2.

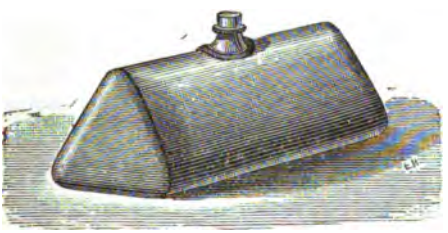

FIG. 3.

Le chauffage se fait au moyen de boules en grès ou moines, dont un modèle est représenté dans la figure 3 ; elles ont une longueur de 11½ pouces et une capacité d'nne chopine. La couveuse peut contenir cinq moines, mais quatre ordinairement suffisent pour maintenir la chaleur nécessaire, c'est-à-dire variant entre 31 et 32° cent., la température extérieure de la chambre étant de 16 à 18°.

Pour chauffer la couveuse nous procédons de la façon suivante : on commence par mettre trois boules remplies d'eau bouillante dans l'appareil ; au bout d'une demi-heure elle a atteint le degré voulu, et on peut y placer l'enfant. Si à ce moment la température tend à s'élever

au-dessus de 32°, on ouvre légèrement le couvercle en verre pendant quelques instants.

Au bout de deux heures on met une quatrième boule, et à partir de ce moment toutes les heures et demie ou deux heures il faut changer le contenu d'une des boules, celle qui est la moins chaude, et avoir soin d'y faire verser de l'eau bien bouillante. Si l'eau n'est que chaude et non bouillante, la chaleur fournie ne sera pas suffisante, et malgré le renouvellement des moines on ne pourra empêcher la température de l'appareil de s'abaisser.

A l'aide de quatre boules, dont on en renouvelle une toutes les deux heures, nous avons, avec le modèle que nous possédons à la Maternité et qui est un peu plus large que celui indiqué précédemment, obtenu une température oscillant entre 31 et 33°, le thermomètre marquant à l'extérieur 16 à 18°.

Si la température menaçait de devenir trop haute et de dépasser 33°, ce qui arrive rarement, on peut ouvrir légèrement le couvercle supérieur. Avec cet appareil, d'ailleurs, et en ayant soin de procéder comme il vient d'être indiqué, il n'y a pas de danger d'atteindre un degré trop élevé de chaleur et pouvant nuire à l'enfant; nous n'avons pas vu ce degré dépasser 36 et, maintenus seulement pendant quelques instants, ces 36° ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur le nouveau-né placé dans l'appareil.

L'air pénétrant par la petite trappe décrite plus haut, s'échauffe au contact des boules et, devenant ainsi plus léger, monte dans l'étage supérieur, s'imprégnant au passage de vapeur d'eau au contact de l'éponge (fig. 2, E) qu'on aura soin de conserver humide. Cet air vient ensuite entourer l'enfant, dont il balaye pour ainsi dire toute la surface et s'échappe par l'orifice de sortie placé à l'extrémité opposée, en imprimant à l'hélice un mouvement de rotation, preuve palpable de l'existence de ce courant d'air, qui est indispensable au bon fonctionnement de l'appareil.

Le changement des boules doit autant que possible coïncider avec la sortie de l'enfant hors de la couveuse, sortie qui a pour effet de refroidir l'appareil. On évitera presque complètement le refroidissement en refermant le couvercle aussitôt après qu'on a enlevé l'enfant.

La couveuse doit être placée à l'abri de tout courant d'air, sur deux chaises, ou une petite table basse, en ayant soin de la mettre bien d'aplomb, sans quoi l'hélice du ventilateur ne tourne pas ou difficilement.

Les mesures que nous avons données plus haut sont celles à suivre si on désire avoir une couveuse pour un seul enfant. Si on voulait un appareil pour deux enfants, il suffirait, en conservant les autres dimensions, d'augmenter la largeur, et de la porter au lieu de 14, à 16 ou 20 pos.

Des boules en grès, quelle que soit leur forme, peuvent être employées; nous avons chauffé notre appareil avec des bouteilles en grès différant un peu des moines se trouvant à la Maternité; les résultats ont été à peu près les mêmes qu'avec les moines. Suivant les boules qu'on voudra employer il faudra modifier les dimensions de la couveuse de manière à ce que l'étage supérieur puisse les recevoir facilement (1).—(*A suivre.*)

(1) Le modèle et les différentes indications pour la construction de la couveuse que nous venons de décrire, ont été confiés à M. Galante, fabricant d'instruments de chirurgie, 2 Rue de l'Ecole de Médécine, Paris.

Des ulcérations du col de l'utérus ; diagnostic et traitement.— Ce sujet est un des plus controversés de la gynécologie, et la lecture des chapitres que lui ont consacrés les auteurs spéciaux, nous laisse dans un état de trouble et de perplexité vraiment désagréable.

L'accord n'existe, en effet, sur aucun point, entre des écrivains également réputés ; ceux-ci arrivent aux conclusions les plus opposées sur la fréquence, la pathogénie, l'importance et le traitement, si bien que le lecteur, après avoir pris connaissance des affirmations contradictoires et n'ayant aucune raison pour repousser les unes plutôt que les autres, se demande anxieusement quelle conduite il tiendra lorsqu'il aura constaté chez une femme l'existence d'une de ces ulcérations si énigmatiques.

Nous avons, comme chaque médecin probablement, éprouvé cet embarras ; mais nous avons aussi, comme tous les autres, constaté que ce sujet, singulièrement obscur dans la théorie, s'éclaire notablement à la lumière de la pratique.

Nous rappellerons en quelques mots les principales manières de voir des auteurs. Les plus anciens ont considéré l'ulcération du col utérin comme la cause des autre états morbides qui coexistent si fréquemment avec elle ; la conséquence de cette manière d'envisager la question est la nécessité de chercher à reconnaître, le plus tôt possible, l'existence de l'ulcération, puis de la traiter avec la plus grande énergie, afin d'enrayer les complications qu'elle est supposée devoir entraîner à sa suite. — Pour d'autres gynécologistes, l'ulcération n'est qu'un symptôme presque banal, commun à plusieurs états morbides de l'utérus ou du vagin, et il n'y a guère à s'en préoccuper, parce que l'ulcère guérira de lui-même, quand aura guéri la maladie primitive. Cette opinion a des adeptes de deux nuances, les uns qui attribuent le plus grand nombre des ulcérations du col à l'engorgement, les autres qui y voient simplement le résultat de la leucorrhée.

Un premier fait qui ne nous parait pas contestable, c'est la fréquence des ulcérations du col ; il n'est pas moins certain que les causes les plus diverses sont susceptibles d'amener des ulcérations, et que la constatation pure et simple d'une perte de substance du tissu du col ne signifie rien, si on ne cherche pas à en déterminer la cause ; ici, plus que partout ailleurs, peut-être, la thérapeutique aveugle de la lésion seule est de nul effet.

Les auteurs classiques ont établi des classifications diverses dont nous ne dirons qu'un mot. --- Ainsi Courty distingue, au point de vue de la profondeur et de la durée de la perte de substance, l'exulcération, l'ulcération et l'ulcère, la première étant légère, superficielle ; la seconde se développant surtout sous l'influence d'un état diathésique et se faisant remarquer par une destruction envahissante. — De Sinéty admet trois groupes : les lésions essentiellement bénignes, le plus souvent associées à la métrite ; — d'autres également bénignes en tant que lésions locales, mais de nature contagieuse, vénérienne ou syphilitique; —d'autres, enfin, graves à la fois par leur tendance destructive locale, et par la généralisation à d'autres organes du processus néoplasique qui les a engendrées ; le cancer par exemple. — M. Desprès avait admis quatre formes : ulcère érythémateux, glandulaire, chancreux, plaque muqueuse.

Il est facile de voir que toutes ces divisions sont attaquables, étant

tantôt incomplètes, parce qu'elles ne comprennent pas toutes les variétés, et tantôt confondant des lésions dissemblables dont la thérapeutique doit varier.

Pour simplifier, nous allons nous supposer en face d'une malade soumise à notre examen, et passer en revue les conditions locales et générales qui peuvent nous amener au diagnostic.

Les malheureuses femmes qui sont atteintes de *prolapsus utérin complet* à ce degré où le museau de tanche fait saillie hors de la vulve, présentent habituellement une ulcération de la muqueuse du col qui est de cause uniquement traumatique ; la réduction de la matrice et sa contention à l'aide du pressaire pourront quelquefois suffire à guérir cette ulcération ; d'autres fois, le contact du pressaire lui-même contribuera à l'entretenir, et le seul procédé de guérison radicale sera l'élytrorrhaphie, qui consiste à cloisonner le vagin en avivant ses parois, puis en les réunissant par des points de suture.

L'examen de la vulve et des téguments voisins peut déjà nous mettre sur la voie d'une ulcération du col, ou tout au moins nous servir beaucoup à déterminer la nature de celle-ci, une fois constatée. En premier lieu, les dermatoses aiguës ou chroniques, herpès, eczéma, érythème, acné, susceptibles, suivant certains auteurs, d'affecter à la fois les organes génitaux internes et externes, les lésions chancreuses, les plaques muqueuses, les adénopathies inguinales doivent être notées.

Mais supposons que rien ne frappe notre vue à l'extérieur. Nous pratiquons le toucher avant d'appliquer le spéculum, précaution toujours indispensable afin de pouvoir saisir le col sans tâtonnement, sans douleur pour la malade, et sans écoulement de sang, car le doigt seul, s'il est déjà suffisamment exercé, nous fournit des renseignements de premier ordre. On peut d'abord constater la direction du col et du corps, leur volume et leur consistance, leur sensibilité, la liberté des culs-de-sac, toutes notions capitales et beaucoup plus importantes que l'existence d'une ulcération en elle-même. D'ailleurs, le doigt nous apprend si la muqueuse du col est lisse et recouverte de son épithélium ou dénudée de celui-ci et inégale, granuleuse, anfractueuse. Nous pensons n'être pas contredit par aucun gynécologue, en affirmant qu'à l'exception des exulcérations très insignifiantes, on doit savoir, par le toucher seul, constater l'existence d'une ulcération, et, dans certains cas, les constatations que nous avons faites peuvent nous interdire d'appliquer le spéculum, au moins provisoirement ; ces cas sont l'existence d'un état inflammatoire aigu du vagin qui est chaud et excessivement douloureux, de masses pelvipéritonitiques dans les culs-de-sac, immobilisant l'utérus, ou d'un champignon fongueux, saignant au moindre contact avec grande abondance, comme dans certains épithéliomas. Dans tous ces cas, notre malade ne retirerait aucun bénéfice de l'application du spéculum, du moins provisoirement; quand nous aurions complété de visu nos renseignements sur l'aspect de l'ulcération dont le toucher nous a déjà révélé l'existence et certains caractères, cet avantage mince ne saurait compenser la douleur, l'augmentation des phénomènes inflammatoires, ou l'hémorrhagie inquiétante auxquelles nous expose, en pareil cas, l'introduction du spéculum.

A supposer qu'aucune de ces contre-indications à l'examen visuel du col n'existe, celui-ci étant embrassé par les valves du spéculum et détergé à l'aide d'un pinceau de charpie ou d'un bourdonnet d'ouate sec

ou humide, au besoin même à l'aide d'une injection, quels sont les aspects qui peuvent s'offrir à nous ?

En premier lieu, nous croyons devoir mettre en défiance contre un aspect ulcéreux ou plutôt pseudo-ulcéreux du col qui ne doit pas être interprété comme un état pathologique. Une fois sur quinze ou vingt femmes n'éprouvant aucun symptôme morbide du côté de l'utérus, on observe, dit Sinéty, dans une étendue plus ou moins grande autour de l'orifice externe, une surface irrégulière, tomenteuse, d'un rouge vif. Chez les nullipares, cet espace rouge est circulaire et augmente peu quand on presse sur les culs-de-sac vaginaux avec l'extrémité du spéculum ; chez les multipares, cette manœuvre exagère considérablement les dimensions de la région paraissant ulcérée, en amenant un renversement des lèvres du col (ectropion artificiel). Cette coloration rouge-vif d'apparence ulcéreuse du pourtour de l'orifice, qui peut s'observer même chez le nouveau-né (Fischel), est due à une différence dans le revêtement épithélial. Car, tandis que la coloration rosée, l'aspect lisse et régulier du col résultent de la présence de l'épithélium pavimenteux, la teinte rouge-vif et l'apparence tomenteuse se montrent sur les points revêtus d'épithélium cylindrique. Or, chez les femmes qui présentent l'aspect pseudo-ulcératif, les cellules cylindriques se prolongent sur la partie libre du col, au lieu de tapisser uniquement la cavité cervicale comme chez les autres.

Si nous avons insisté sur ces pseudo-ulcérations, c'est que, trop souvent, des médecins peu familiarisés avec la gynécologie et s'effrayant facilement de l'existence d'une ulcération sur le col, se sont hâtés de cautériser la partie qui semblait ulcérée ; par l'action du caustique, l'épithélium se desquame en ce point ; à des examens ultérieurs, l'aspect ulcéreux étant de plus en plus marqué, les cautérisations se succèdent sans profit aucun pour la femme.

C'est ici le lieu de dire que beaucoup de médecins abusent des cautérisations du col, surtout des cautérisations faites avec le crayon de nitrate d'argent. Car, ou bien l'ulcération n'est pas liée à un état inflammatoire des tissus sous-jacents, elle est soit une pseudo-ulcération, soit le résultat d'une dermatose du col, et elle ne réclame aucun caustique ; passagère, elle guérira spontanément, comme l'herpès du col ; diathésique, elle ne disparaîtra que si on traite l'état général ; — ou bien elle est un épisode de la métrite et, pour en venir à bout, il faudra modifier bien plus profondément les tissus que ne peut le faire l'action éminemment superficielle du nitrate d'argent solidifié.—(*A suivre*).—*Concours médical.*

Ictères de la grossesse.—M. le Dr Queirel, de Marseille, a lu à l'Académie de Médecine de Paris, une note sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes :

Il y a trois variétés d'ictères pendant la grossesse :

1° Un ictère du début, lié à un état morbide du canal alimentaire ;

2° Un ictère de la fin de la grossesse, dû à la compression des conduits excréteurs (forme rare) ;

3° Un ictère pouvant se montrer à toutes les époques de la grossesse ; il est dû à une affection hépatique de nature variable (dégénérescence, atrophie, etc.), se développant sous l'influence de l'état gravide. —*Scalpel.*

Du catarrhe et de l'ulcère du col de l'utérus pendant la grossesse, par SLJELSCRUP.—Lorsqu'une femme, qui a mené à bien une première grossesse sans accident, est prise, dans le cours d'une seconde grossesse, de vomissements, de douleurs mobiles et violentes dans le bassin, on doit souvent soupçonner un catarrhe chronique du col, datant d'avant la conception, et que l'état gravide exaspère. D'ailleurs, il peut se développer pendant le cours de la grossesse même, rapidement, soudainement, et sa disparition se fera non moins inopinément. Cependant, sans traitement, il subsiste généralement jusqu'à la délivrance, guérit alors, ou subsiste aux couches. L'auteur conseille la cautérisation au nitrate d'argent mitigé (parties égales avec nitrate de potasse), 10 à 12 applications suffisent, à raison de 2 par semaine; en même temps, des injections tièdes. Dans les trois cas cités, cette médication fut, en effet, suivie d'un prompt succès.—*Abeille médicale.*

Opération immédiate pour la lacération du périnée, par R. C. M. PAGE.—Quand après l'accouchement le périnée présente une solution de continuité ne mesurant que quelques millimètres, aucun traitement n'est nécessaire pour la guérison d'une plaie aussi peu importante, mais il n'en est pas de même quand la déchirure s'étend jusqu'au voisinage du sphincter anal ou même intéresse ce sphincter, remontant plus ou moins loin le long de la cloison recto-vaginale.

Dans ce second et troisième degré une opération devient nécessaire. Il faut peu croire aux succès obtenus dans les cas de genre par le simple rapprochement des membres inférieurs.

Faut-il pratiquer l'opération tout de suite après l'accident ou seulement quelque temps après ? Telle est la question qui divise les auteurs; toutefois les partisans de l'opération immédiate diviennent tous les jours de plus en plus nombreux.

Les statistiques fournies par la pratique privée sont pleinement en faveur de l'opération immédiate, la proportion des succès y est en effet très considérable. Moins satisfaisants sont les résultats fournis par l'hôpital; néanmoins, en réunissant différents cas opérés dans les hôpitaux de New-York, M. Page trouve que sur 25 cas il y a eu 16 guérisons et 9 échecs.

L'opération immédiate sera faite suivant les règles habituelles sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister ici.

Dans tous les cas qui ne sont pas très graves, l'emploi del'anesthésie est inutile.

Les sutures pourront être pratiquées avec des fils d'argent, de la soie ou du catgut. L'auteur donne la préférence à la soie.

Quand l'opération immédiate a échoué, l'opération secondaire ne doit pas être différée au-delà du temps nécessaire pour placer la femme dans la condition favorable pour la subir, c'est-à-dire deux mois environ après l'accouchement.—*Bulletin de thérapeutique.*

Aménorrhée.—Les Drs RINGER et MURRELL emploient dans l'aménorrhée le permanganate de potasse en solution ou pilule, à la dose, d'abord, de $1\frac{1}{6}$ gr., trois fois par jour, en augmentant progressivement à $2\frac{1}{3}$ gr. Excellents résultats chez les filles de 18 à 25 ans, en instituant le traitement quelques jours avant l'époque des règles. Même succès chez les femmes de 35 à 40 ans, pour aménorrhée à la suite d'accouchements répétés et de lactation prolongée.

DERMATOLOGIE.

De la dermatite exfoliatrice généralisée.—Sous le nom de *pityriasis rubra*, on a confondu et on confond encore, à l'étranger et même en France, toutes les éruptions rouges généralisées, à desquamation lamelleuse. Des travaux récents sortis de l'hôpital Saint-Louis permettent cependant de distinguer, dans ce groupe complexe de dermopathies, plusieurs entités morbides.

Nous nous bornerons pour aujourd'hui à entretenir nos lecteurs de la *dermatite exfoliatrice* que M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et son ancien interne, M. Brocq, ont nettement définie et isolée des autres affections desquamatives généralisées.

M. Vidal, le premier en France, décrit sous le nom de *dermatite exfoliatrice généralisée* une maladie semblable à celles que Wilks et Erasmus Wilson avaient rapportées en Angleterre, mais sans les distinguer des autres formes desquamatives englobées sous le nom de pityriasis rubra. Pour M. Vidal, il s'agit d'une véritable entité morbide, d'une maladie générale, *totius substantiæ*. Son élève, M. Percheron, n'a pas su se maintenir dans les termes de la définition de M. Vidal, et a réuni dans sa thèse, d'ailleurs excellente, des observations disparates. M. Quinquaud, sous le nom de *dermite aiguë grave primitive*, a décrit une affection qui ne semble pas différer de la dermatite exfoliatrice de M. Vidal.

La dermatite exfoliatrice généralisée est une maladie primitive, frappant des sujets bien portants et indemnes de toute affection cutanée antérieure. L'éruption débute par des plaques rouges, le plus souvent au niveau des aines, et envahit progressivement toute la surface du corps, de la tête aux pieds, mettant en moyenne huit jours pour se généraliser. A la période d'état de la maladie, on observe une rougeur intense du derme avec infiltration légère et desquamation en larges lamelles blanches, feuilletées, imbriquées, adhérentes par leur bord supérieur, flottantes dans le reste de leur étendue.

Il est important d'insister sur la généralisation absolue de l'éruption ; il n'y a pas un seul point de la peau qui soit respecté, tandis que, dans l'eczéma généralisé par exemple, il y a quelques places saines. La peau reste sèche, sauf un léger suintement au niveau des plis articulaires et des points excoriés par les malades. Un caractère principal, peut-être pathognomonique, c'est la chute constante des phanères (ongles des mains et des pieds, cheveux, barbe, sourcils, cils, poils du corps). Il y a plutôt un sentiment de brûlure ou de cuisson au début qu'un véritable prurit. Les malades présentent une vive sensibilité au froid et veulent être bien couverts.

Il existe un mouvement fébrile très accusé avec des excerbations vespérales qui atteignent 39° et même 40°. Toutefois, l'état général peutrester bon et l'appétit être conservé. Dans quelques cas, survient un amaigrissement notable et un état de prostration inquiétant.

Voici la définition de Brocq : maladie de l'âge adulte, générale, ne paraissant pas contagieuse, ayant une évolution cyclique (périodes d'augment, d'état et de déclin), caractérisée à la période d'état par une rougeur intense généralisée du derme, par une exfoliation lamelleu-

abondante et longtemps répétée de l'épiderme, par la chute des phanères (poils et ongles), par des phénomènes généraux: fièvre, prostration, affaiblissement marqué, rarement mortelle et se terminant d'ordinaire par une complète guérison, ayant en moyenne 4 mois de durée, mais pouvant être prolongée jusqu'à 8 ou 11 mois par des complications ou rechutes.

Le cas que nous observons actuellement dans le service de M. Vidal rentre assez bien dans cette définition. C'est un homme de 27 ans, sans antécédents morbides, travaillant depuis l'âge de 12 ans dans les caves en qualité de tonnelier, exposé par cela même à l'influence de l'humidité et de l'alcool. Il a été pris, il y a 3 mois, au cours d'une bonne santé, d'une éruption à la partie interne et supérieure des cuisses. Cette éruption n'a pas tardé à se généraliser et le malade a bientôt présenté une rougeur écarlate de tout le corps. Bientôt est survenue une desquamation lamelleuse sèche, très abondante, qui est aujourd'hui à son apogée ; l'épiderme s'enlève par larges lamelles, les cheveux, la barbe, les sourcils, les cils, tous les poils du corps et les ongles des pieds et des mains tombent les uns après les autres. Le malade est très sensible au froid ; il a conservé son appétit, mais il a de la fièvre et accuse une grande faiblesse qui l'oblige à tenir le lit. Il y a quelques semaines, la vue s'est obscurcie, et aujourd'hui encore le malade se plaint de ne pouvoir fixer la lumière, ce qui peut s'expliquer par la chute des cils.

Un médecin Rémois, ancien élève de Saint-Louis, qui soignait le malade avant son entrée à l'hôpital, nous l'avait adressé avec le diagnostic d'*eczéma généralisé*. Cette manière de voir peut évidemment se soutenir et beaucoup de médecins la partagent encore. Cependant, il nous semble que le début, la marche de l'affection, les caractères de la desquamation, la fièvre et surtout la chute des phanères rapprochent plus ce cas de la *dermatite exfoliatrice* que de l'*eczéma généralisé*.

Le diagnostic offre donc de réelles difficultés, surtout quand on n'a pas assisté au début de la maladie. La *scarlatine* et les *érythèmes desquamatifs scarlatiniformes* ont une évolution beaucoup plus courte; la fièvre tombe rapidement et la chute des phanères ne s'observe qu'exceptionnellement. L'*herpétide exfoliatrice* de Bazin succède lentement à une autre affection cutanée, dure beaucoup plus longtemps que la *dermatite exfoliatrice* et entraîne souvent la mort des malades. Le *pityriasis rubra* grave de Hébra a des squames beaucoup plus petites et une évolution fort lente. Le *pityriasis pilaris généralisé* se distingue facilement par l'exubérance dans le développement des phanères (ongles, cheveux, poils, etc.), d'où la justification du terme *hyperépidermotrophie* employé par M. Vidal.

M. Brocq se demande si le *pityriasis rubra chronique* grave de Hébra ne serait pas la forme chronique de la dermatite exfoliatrice généralisée.

Si la dermatite exfoliatrice n'entraîne la mort que très rarement, elle n'en doit pas moins être considérée comme une maladie grave, à cause de la durée des complications, des rechutes possibles et des difficultés que présente la convalescence. Cette maladie étant considérée comme une sorte de pseudo-exanthème prolongé, non contagieux, frappant surtout la peau et le système nerveux, il faut renoncer à l'espoir de la juguler. Il faut simplement s'efforcer, suivant M. Brocq, de pré-

venir les complications, d'écarter les causes qui pourraient augmenter l'intensité de l'éruption cutanée ou aggraver les phénomènes généraux, et de mettre enfin le malade dans les meilleures conditions pour mener à bien sa convalescence.

Comme traitement local, il conseille des onctions avec le liniment oléo calcaire suivies de l'enveloppement ouaté. Cet enveloppement rendrait la desquamation beaucoup moins abondante et diminuerait ainsi une des causes de débilitation. Les bains permanents pourraient peut-être donner de bons résultats. Ont ils été essayés ?

Comme traitement général, il faut surtout essayer de soutenir les forces du malade à l'aide des toniques, des amers, des ferrugineux (vin de quinquina, vin de gentiane ; potions à l'extrait de quinquina, au perchlorure de fer ; huile de foie de morue). Au point de vue de l'alimentation, M. Brocq recommande le régime lacté (2 à 3 pintes de lait coupé d'eau de chaux quand il y a de la diarrhée).

Tel est le traitement qu'on pourrait appeler *provisoire* de la dermatite exfoliatrice. Il est permis d'espérer en effet, que, lorsqu'on connaîtra mieux l'essence même de la maladie, on pourra diriger contre elle un traitement plus scientifique.—*Dr J. Comby*, in *Progrès médical.*

Eczéma pustuleux et phthiriase de la tête.—Clinique du prof. L. A. Duhring à l'hôpital de l'Université de Pennsylvanie.—La petite fille que vous voyez ici est âgée de treize ans et présente des pustules, croûtes, etc., du cuir chevelu. Cette exsudation a eu pour effet, grâce sans doute aux nombreuses applications locales qui ont été faites, de faire adhérer ensemble tous les cheveux. La lésion la plus récente consiste en de petites pustules de la grosseur d'une moitié de pois et situées sur un côté du visage et sur la partie postérieure de la tête, s'étendant même jusque sur le cou. La mère de la malade dit que l'affection a débuté alors que l'enfant n'avait que six mois et a toujours persisté depuis lors avec des alternatives de mieux et de rechutes.

Chaque fois qu'il nous est donné de voir les cheveux ainsi agglutinés et de constater des pustules du cuir chevelu, nous devons toujours soupçonner la présence de poux. Il arrive souvent que, dans les cas de ce genre, alors qu'un grand nombre d'applications locales ont été faites, la plus grande partie des poux ont été enlevés, de sorte que, un petit nombre seulement de ces derniers étant restés, il peut devenir difficile de retrouver le *corps du délit.* La présence des poux peut nonobstant être constatée par la présence de leurs œufs. Dans ce cas-ci, en examinant les cheveux sur les côtés et le derrière de la tête, nous les trouvons remplis de lentes qui ne peuvent laisser de doutes sur leur nature, si on y regarde de près. On trouve quelquefois un état de choses semblable dans les cas de séborrhée caractérisés par des débris d'épithélium adhérant aux cheveux, mais dans ce dernier cas, l'examen microscopique enlèvera tous les doutes.

Nous avons donc ici un cas d'eczéma pustuleux qui, à en juger par les apparences, existe depuis plusieurs mois et sur lequel les poux ont pris naissance. Un fait qu'il importe de ne pas oublier et que l'on rencontre dans la plupart de ces cas, c'est l'hypertrophie des ganglions cervicaux postérieurs ; chez notre malade ces ganglions varient en grosseur, depuis un pois jusqu'à une grosse noix.

Le diagnostic une fois établi, le traitement est simple. Il n'est pas nécessaire de couper les cheveux ; la tête devra être enduite d'huile de

pétrole, puis recouverte d'un bonnet de flanelle durant toute la nuit. Le matin, grand lavage au savon et à l'eau. Une ou deux applications semblables sont tout ce qu'il faut pour enlever les poux. Il faut faire attention à ne pas employer le pétrole trop libéralement parce qu'il pourrait couler le long du cou et produire des excoriations.

Pour enlever les lentes, on applique un alcali ou un acide, puis on peigne soigneusement les cheveux. L'acide acétique dilué ou le vinaigre ordinaire constitue une des meilleures applications. Quand les poux auront été enlevés, nous nous occuperons de l'eczéma que nous traiterons au moyen d'un onguent renfermant une drachme de soufre pour une once de cosmoline.—*Philadelphia Medical Times.*

Prurit anal.—Cette affection de l'anus peut être due à une alimentation épicée contenant du capsicum, du gibier faisandé, des crustacés et diverses espèces de coquilles de mer. On l'a vu survenir, sans cause apparente, chez des goutteux: chez les enfants, il est le plus souvent symptomatique de vers intestinaux, et chez les femmes, de troubles utérins. Il suffit, le plus souvent, de supprimer la cause qui l'entretient pour faire disparaître le prurit de l'anus; mais ce n'est pas toujours facile, surtout s'il se lie à une constitution arthritique ou nerveuse. Comme moyens locaux, on peut employer des lotions avec de l'eau blanche, du lait d'amandes amères, une infusion de tabac; avec un drachme d'acide hydrocyanique pour huit onces d'eau, avec de l'eau glacée ou très chaude, etc... Dans les cas les plus rebelles, on prescrira des pommades au goudron, ou bien renfermant du sous-acétate de plomb, de l'oxyde de zinc, et même du nitrate ou du bichlorure de mercure. D'ailleurs, il faut essayer plusieurs préparations; car telle qui réussit daus un cas peut fort bien échouer dans un autre.

Lorsque l'affection est à l'état chronique, les lésions consécutives au grattage font que la peau est épaissie et fissurée tout autour de l'anus; alors il est parfois nécessaire de faire tous les deux jours un badigeonnage avec une solution forte de nitrate d'argent ou des applications d'huile de cade. Il ne faut pas confondre le prurit de l'anus ou *pruritus* (pruritus sine prurigo), simple trouble de la sensibilité, non accompagné au début d'une éruption cutanée, avec le *prurigo*, dermatose également fort rebelle, caractérisée par une éruption de papules accompagnée de violentes démangeaisons. Le traitement de ces deux affections est à peu près identique.—*Dr Hamilton* in *American Pract.*

Du zona et de sa récidivité exceptionnelle.—M. Landouzy, à propos de deux cas de zona, a fait une leçon qui se résume ainsi:

Le zona ou zoster est une maladie générale, fébrile, spontanée, aiguë, presque cyclique, se terminant toujours par la guérison, conférant l'immunité, maladie générale à détermination cutanée circonscrite, laquelle détermination est subordonnée à une névropathie spécifique.

La caractéristique du zoster est moins dans l'apparition de l'exanthème vésiculeux circonscrit que dans la névropathie spécifique qui lui donne naissance. Ce n'est pas assez dire que de déclarer le zoster un trouble trophique, il faut le dire une névropathie spécifique.

Au point de vue de l'immunité, il y a des exceptions, mais bien rares: ainsi, M. Fabre a publié deux observations de récidive, et M. le professeur Hardy dans sa pratique n'en a observé que trois cas.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des teignes.—M. E. Besnier, médecin de l'hôpital St-Louis, a lu à l'Académie de médecine de Paris un rapport sur une note de M. Cramoisy, concernant le traitement des teignes par l'acide *pyro ligneux*. En voici le résumé sommaire :

1° Pendant toute la durée du traitement, tenir les cheveux absolument ras aux ciseaux (jamais au rasoir qui est l'agent le plus actif d'auto-inoculation pour toutes les teignes sans exception, quel qu'en soit le siège) ; 2° effectuer la séparation des parties saines d'avec les points malades, en faisant l'épilation des cheveux sains, autour des surfaces envahies, dans l'étendue de un demi-centimètre environ, (les pinces et ciseaux qui ont servi à un tricophytique doivent être *flambés* après chaque opération), et établir ainsi autour de tous les points malades une zône circonférentielle d'épilation.

Cela fait, et la petite irritation qui suit l'épilation éteinte, faire exclusivement sur les surfaces malades, dans les aires circonscrites par l'épilation, une application d'acide pyro-ligneux à l'aide d'un pinceau quelconque à soies courtes et un peu raides, avec les précautions nécessaires pour que le liquide ne coule pas à l'entour. Cette application, très modérée la première fois, sera répétée autant que cela sera nécessaire, pour entretenir pendant quelques semaines, au niveau des parties atteintes, une irritation modérée et toujours surveillée.

Personnellement, ajouta-t-il, j'emploie le plus ordinairement pour cet objet soit l'acide acétique pur cristallisant, soit un mélange, à parties égales, de chloroforme et du même acide acétique, mais ces derniers agents réclament des détails de pratique dont il n'est pas nécessaire d'être pourvu, en employant l'acide pyro-ligneux qui peut être appliqué sans danger et sans douleur excessive.

En terminant, dit M. Besnier, je résume en quelques propositions les considérations émises à l'occasion du travail soumis par M. Cramoisy au jugement de l'Académie.

1° Il n'existe pas d'agents véritablement parasiticides applicables au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes, en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative.

2° Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique, leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales et il n'y a pour aucune d'elles de médication absolue, exclusive, ni systématique.

3° Le procédé de M. Cramoisy n'est pas applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées, mais l'*acide pyro-ligneux*, qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande, est un agent efficace et innocent d'irritation éliminatoire. Son emploi peut être recommandé dans le traitement particulier de la tricophytie, sous les réserves de détail que j'ai données.—*Praticien.*

La Société contre l'abus du tabac vient d'adresser une pétition à la Chambre pour obtenir une loi qui interdise aux paysans de fumer leurs terres.

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Bruen.*

℞.—Quiniæ bromid..... gr. xvi
Syrup. zingib..... } ãã ℥i
Syrup. simpl..... }

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé quatre fois par jour, augmentant, s'il le faut, jusqu'à huit cuillerées.—*Columbus Med. Journal.*

Id.——*Dr W. C. Webb.*

℞.—Croton chloral..... ʒi
Tr. cardam..... } ãã ℥ii
Glycerinæ..... }

M.—*Dose :* Une demi cuillerée à thé toutes les quatre heures, pour un enfant de deux ans.—*Medical Bulletin.*

Bronchite chronique des vieillards.—*Fothergill.*

℞.—Amm. carb..... gr v
Spt. chloroformi..... m xx
Tinct. nuc. vomicæ..... m x
Infus. senegae..... ℥i

M.—A prendre toutes les six heures.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Diarrhée.

℞.—Bismuthi subnitr..... gr. LX
Extr. rhaei liquid..... gtt viii
Syrupi..... ℥i

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé quatre ou six fois par jour.—*Columbus Medical Journal.*

Hémorrhoides.—*Dr W. H. Veatch.*

℞.—Acid. carbolici..... } ãã ℥i
Glycerini..... }
Morphiæ sulph..... gr viii
Aquæ destill..... ℥ii

M.—Injectez de cinq à dix gouttes de ce mélange dans chaque tumeur, et répétez tous les quinze jours jusqu'à guérison.—*Medical Age.*

Chorée.—*Fothergill.*

℞.—Liq. arsen. hydrochlor..... m iii
Tinct. ferri muriat..... m v
Aq menth. pip..... ʒii

M.—A prendre trois fois par jour, dans les cas de chorée liée à la croissance.—*Leonard's Ill. Med. Jour.*

Typho-manie.—*Dr J. M. Goss.*

℞.—Acid. hydrobromici ..... ʒi
Syrup. simpl ..... ʒv
Aquæ ad ..... ℥i

M.—Une cuillerée à thé toutes les trois heures.—*Medical Tribune.*

Eczéma.—*Van Harlingen.*

℞.—Acid. salicylici ..... gr. x
Petroleoli ..... ʒiv
Pulv. zinci oxid ..... } ãã ʒii
Pulv. amyli ..... }

M.—En onctions.—*Philadelphia Medical Times.*

Eczéma de la vulve.

℞.—Pot. chlorat ..... gr. xxx
Vini opii ..... m. L.
Aquæ ..... O i

M.—En applications au moyen de compresses que l'on recouvre de soie huilée.—*Obstetric Gazette.*

Acné.—*Duhring.*

℞.—Pot. sulfuret ..... } ãã ʒss
Zinci sulphat ..... }
Glycerinæ ..... ʒi
Spt. vini ..... } ãã ℥i
Aquæ ..... }

M.—En lotions, au coucher.—*Medical Herald.*

Prurit de la vulve.—*Goodell.*

℞.—Acid. carbolic ..... ʒi
Morph. sulph ..... gr x
Acid. boracic ..... ʒii
Petroleoli ..... ℥ii

M.—Ft unguentum.
Cette préparation rend aussi de bons services dans les cas d'intertrigo des enfants.

Ostéomalacie.—*Wegner.*

℞.—Phosphore ..... gr v
Sirop simple ..... ʒii
Mêlez et ajoutez :
Poudre de réglisse ..... ʒiii ss
Gomme arabique ..... ʒi
Gomme adragante ..... ʒss

Faites 250 pilules.—*Dose :* Une pilule, deux fois par jour, augmentant cette dose suivant le besoin. Chaque pilule renferme 1/100 de phosphore.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, FEVRIER 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, RueLafayette à Paris, France, sont des fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Médecins et pharmaciens.

Des plaintes nous arrivent tous les jours contre certains pharmaciens qui ne se gênent pas, parait-il, de laisser parfois de côté la spatule ou le pilulier pour coiffer le bonnet de docteur et rédiger une ordonnance, donner une consultation, etc., et cela en dépit des dispositions bien connues de l'*Acte médical*, dispositions qui donnent aux seuls licenciés du Collége des médecins et chirurgiens le droit de pratiquer la médecine et de percevoir des honoraires pour leurs services.

Au reste ce n'est pas d'hier que la pharmacie cherche à empiéter de la sorte sur les droits de la médecine, et nous ne sommes ni les seuls ni les premiers à nous en plaindre. Depuis nombre d'années, pareils abus se produisent aux Etats-Unis et en Europe, et là comme ici, il est souvent difficile d'y porter remède.

A Montréal ces abus font des progrès de plus en plus sérieux. Il est à notre connaissance personnelle qu'un pharmacien de cette ville a actuellement sous ses soins un malade — fort en état de payer, du reste—auquel il soutire annuellement des sommes considérables pour services médicaux et même chirurgicaux.

Un de nos correspondants nous écrit que dans son quartier un pharmacien ne s'est pas fait scrupule de substituer des mixtures de son invention à celles indiquées par les ordonnances des médecins, ou même

parfois de réduire le poids du médicament prescrit, tout en faisant payer le client comme si la dose entière y était. On voit que le procédé ne pêche pas par excès de délicatesse. Un autre nous assure que son voisin le pharmacien pratique la médecine sur une si haute échelle qu'il est obligé de requérir les services d'un *collecteur* pour recueillir ses honoraires. Ce pharmacien arrache les dents, ouvre les abcès, se fait appeler *Docteur*, s'il vous plaît, et Montréal n'en a peut-être pas de plus huppé.

Un troisième correspondant nous dit que les commis d'une pharmamacie où il envoie parfois des ordonnances se sont fait une spécialité de traiter la blennorrhagie; toutes les chaudes-pisses du quartier leur passent par les mains, et il parait que l'ouvrage ne chôme pas.

Pour peu que l'officine d'un apothicaire soit achalandée et que les médecins y envoient leurs clients, le personnel de la maison est bientôt mis au courant, sinon des diverses méthodes de traitement, au moins, des formules prescrites contre la plupart des états morbides. Un individu se présente au comptoir, porteur d'une ordonnance signée d'un nom en vogue; curiosité du pharmacien. Quelques jours après, le même individu se présente et fait renouveler l'ordonnance. On s'informe si le remède a produit l'effet désirable. Réponse affirmative; ça a agi comme un charme; le patient avoue que c'est là ce qui lui a fait le plus de bien. Au moyen d'adroites questions on parvient alors facilement à savoir quel est le diagnostic posé par le médecin, puis la formule est précieusement conservée pour servir en temps et lieu. C'est ainsi que s'édifient la science médicale et l'expérience de ces messieurs: à nos propres dépens. Avec le charmant système dont nous sommes gratifiés et grâce auquel une ordonnance une fois donnée par le médecin peut être remplie autant de fois que le malade ou le pharmacien le voudra bien, nous ne pouvons pas nous attendre à autre chose. Nous aurons, plus tard, à revenir sur ce dernier point; pour le moment nous signalerons à l'attention de ceux que cela peut concerner ce fait des apothicaires pratiquant la médecine sans licence. Nous poursuivons à outrance les charlatans et les rebouteurs qui ne nous font peut-être pas le dixième du tort que que nous causent les pharmaciens. S'il y a une loi pour réglementer la pratique de la médecine et de la chirurgie, elle doit être la même pour tous.

L'enseignement de la médecine aux Etats-Unis.

Mécontent de nos remarques au sujet de l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis, le rédacteur du *Physician's and Surgeon's Investigator* entre dans une colère bleue et nous gratifie d'un long article dans lequel, la solidité du fond le disputant à l'élégance de la forme, il nous traite d'*habitants* (sic), d'arriérés, de cléricaux, etc., et nous met au défi de lui citer le nom d'un seul médecin canadien dont la célébrité soit autre que provinciale. Pour lui, les études classiques, telles que nous les exigeons ici de nos candidats à l'étude de la médecine, ne sont que des vieilleries inutiles, et ne sauraient constituer une qualification raisonnable. L'étudiant américain qui, après être entré, à l'âge de douze ans, dans une maison de commerce, en est sorti à vingt-trois ans

pour commencer ses études médicales avec le seul baggage littéraire et scientifique que lui ont fourni la lecture des journaux et des romans, est, aux yeux de notre confrère, bien autrement préparé à faire un médecin, et bien autrement qualifié à pratiquer l'art de guérir.

Mais là n'est pas la question pour le moment. Nous avons dit que, aux Etats-Unis, l'enseignement de la médecine était défectueux dans un grand nombre d'écoles et d'universités ; que celles-ci, d'ailleurs, étaient beaucoup trop nombreuses, et que si les études médicales étaient placées sur un pied plus élevé, il y aurait un besoin moins pressant de fonder des polycliniques etc. Le confrère a beau transporter la question sur un autre terrain et ne se défendre qu'en nous attaquant, nous lui rappelons que cela n'est pas de bonne argumentation et ne vaut rien. Certes, nous sommes les premiers à reconnaître qu'il est, chez nos voisins, un bon nombre d'écoles et universités où l'enseignement de la médecine ne laisse rien à désirer, des institutions qui font l'honneur de la profession et dont la renommée s'est étendue au loin. Mais il en est d'autres, en trop grand nombre encore, dont on ne peut pas dire autant de bien. Des journaux aussi autorisés que le *Physician's Investigator* l'ont reconnu bien avant nous et ne se gênent pas de l'avouer. Nous citerons particulièrement le *New-York Medicat Journal*, le *Philadelphia Medical Times*, le *Columbus Medical Journal*, le *Southern Clinic* qui, à diverses reprises, ont déploré la trop grande abondance d'écoles de médecine aux Etats-Unis et ont constaté que cette *pléthore collégiale* avait pour effet d'abaisser le niveau professionnel chez nos voisins en favorisant l'éclosion d'une foule d'incapacités.

Purisme exagéré.

L'auteur anonyme d'un pamphlet récemment condamné par l'autorité religieuse, porte contre la faculté de médecine d'une de nos universités l'accusation suivante : " Les auteurs matérialistes les plus impies " étaient mis aux mains des étudiants. Les professeurs recommandaient l'étude de F. de Niemeyer, de Flint (Austin) de *Béchard* (lisez " Béclard) de Churchill, de P. Cazeaux et de Thomas Watson."

Il peut être permis d'être ignorant ou bigot, mais à coup sûr, ce qui précède dépasse de beaucoup la mesure permise. Dans quelle faculté, si orthodoxe qu'on la suppose, les auteurs ci-haut nommés sont-ils interdits aux élèves ? Parceque dans quelques ouvrages de quelques-uns d'entre eux il peut se trouver des opinions erronées ou entachées de matérialisme, s'en suit-il qu'il faille condamner tout ce que ces mêmes auteurs ont pu dire ou écrire sur l'art de guérir, et priver l'élève d'autorités très précieuses au point de vue purement scientifique ? Dans ce cas, l'étude de la médecine n'est plus guère possible.

Le professeur qui recommande à ses élèves l'étude d'un auteur quelconque a toujours soin de les mettre au préalable en garde contre les erreurs, d'ordre scientifique ou moral, que peut renfermer tel auteur. Cela se pratique partout et dans toute faculté bien organisée, qu'il s'agisse de droit, de médecine ou de théologie.

D'ailleurs, qu'ont à faire ici les noms de Flint, de Niemeyer et de Watson ? Ces auteurs ont écrit sur la *pathologie interne* d'admirables

traités où, comme tout le monde le sait, il n'est nullement question de matérialisme Qu'est-ce que le matérialisme peut avoir à faire avec la symptomatologie de la pneumonie ou de la fièvre typhoïde ?

Puisque le pamphlétaire anonyme se montre si difficile en fait d'orthodoxie, il serait bien aimable s'il daignait nous dire quels sont, à son point de vue, les auteurs que l'on peut mettre en toute sécurité aux mains des élèves en médecine.

Par suite d'un malentendu des plus regrettables, nous nous trouvons dans l'impossibilité de publier, avec la présente livraison, une leçon clinique sur laquelle on avait bien voulu nous permettre de compter, et qui nous fait défaut au dernier moment. Nos lecteurs peuvent être assurés que ce n'est que partie remise.

Nécrologie.

Chs. M. Filiatrault, M. D.

C'est avec un sentiment de bien vive douleur que nous enrégistrons aujourd'hui la mort de M. le Dr Chs M. Filiatrault, arrivée subitement dans la nuit du 5 au 6 courant. Bien qu'il se sentit malade depuis quelques jours et que, par précaution, il gardât la chambre, le Docteur ne s'était cependant pas alité, et rien, à coup sûr, ne pouvait faire prévoir une fin prochaine. Aussi la nouvelle de sa mort a-t-elle créé une sensation de profonde surprise en même temps que de sincère regret dans un public où le défunt ne comptait que des amis.

Né à Ste-Rose en 1846, M. le Dr Filiatrault fit ses études classiques au Collége de Montréal puis, suivit les cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal où il prit ses degrés en 1872. Il se fixa d'abord à la campagne, à St-Alexandre d'Iberville, puis, au bout d'une année, vint s'établir à Montréal où il s'acquit bientôt une belle clientèle.

En 1879 il était nommé professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval et appelé à la chaire de médecine légale ; un peu plus tard, la faculté lui confiait on outre le cours d'histologie normale et pathologique. L'année suivante le vit médecin de l'hôpital Notre-Dame où il occupait provisoirement la chaire de clinique interne. Aussi estimé comme professeur que comme clinicien, le Dr Filiatrault savait donner à son enseignement une portée essentiellement pratique en même temps qu'il le rendait des plus intéressants, tant par le choix et la variété des sujets que par la solidité de la doctrine et la clarté de la diction. Plusieurs de ses cliniques ont été publiées dans ce journal où nos lecteurs ont pu en apprécier la valeur. Membre très actif de la Société Médicale de Montréal, il en fut élu le 2e vice-président en 1881, 1er vice-président en 1882, et finalement, président en octobre 1883.

Le Dr Filiatrault est donc mort, comme on le voit, les armes à la main, dans le plein et actif exercice des hautes fonctions où ses talents l'avaient porté, et laissant après lui un souvenir qu'aimeront à se rappeler tous ceux qui savent estimer à leur réelle valeur les qualités qui caractérisent l'homme de science et l'homme de cœur. Il était médecin dans toute l'acception du mot. Amant passionné du travail, cher-

cheur infatigable, il ne quittait ses chères études que pour répondre à l'appel de ses malades. En lui l'UNION MÉDICALE perd un de ses collaborateurs les plus précieux en même temps qu'un ami dévoué, et ce nous est, croyons-nous, un devoir sacré de rendre hommage ici aux mérites et aux qualités de celui qui vient de nous quitter d'une façon si inattendue et dont le départ crée autour de nous un vide difficile à combler.

JOHN REDDY, M.D.

Nous regrettons d'apprendre la mort de M. le Dr John Reddy de Montréal, arrivée le 23 janvier dernier. Le Dr Reddy est mort à Dublin où il s'était rendu dans l'espoir de rétablir sous le ciel de la patrie, une santé compromise par les rudes labeurs de la profession ; il était âgé de soixante-deux ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LUNDY (C. F.), A.M., M.D., *School Hygiene*, Detroit 1883.

MARCY, (H. O.) M. D.—*Annual address delivered before the American Academy of Medicine at New York.*

SENN (N.) M. D.—*Fractures of the neck of the femur with special reference to bony union after intra-capsular fracture.*

BÉNET (Armand).—Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le Malin Esprit à Louviers. Publié d'après le manuscrit original et inédit de la Bibliothèque Nationale par Armand Bénet, Archiviste-Paléographe, précédé d'une introduction par B. de Moray. —Aux bureaux du *Progrès Médical* 14, rue des Carmes, à Paris.

NOUVELLES MEDICALES.

ON parle de faire construire une aile additionnelle à l'hospice des Rvdes Sœurs de la Miséricorde (Maternité), rue Dorchester. Les frais de construction s'élèveront, paraît-il, à $20,000.

LES Dames de l'Hôpital-Général de Québec doivent prendre, au mois de mai prochain, la direction d'un hôpital de marine que le gouvernement fédéral vient d'ériger à Chicoutimi.

La **New-York Post-Graduate Medical School** doit bientôt prendre possession de ses nouvelles bâtisses sur la 20e rue Est, où elle aura un local des plus spacieux tant pour les dispensaires que pour le service interne de l'hôpital.

Archives of Paediatrics.—Telle est le titre d'une nouvelle revue mensuelle que publie à New-York M. le Dr Perry WATSON. C'est le cas ou jamais de dire que le besoin d'une semblable publication, consacrée aux seules maladies de l'enfance, se faisait sentir très vivement.

Archives of Medicine.—Cette intéressante publication dont on nous avait annoncé la disparition, il y a quelque temps, va renaître de ses cendres, M. le Dr E. C. SÉGUIN, qui en était le fondateur et l'éditeur, ayant consenti, sous de pressantes sollicitations, à reprendre de nouveau la plume éditoriale. Nos meilleurs souhaits de prospérité

Fièvre typhoïde.—La fièvre typhoïde sévit actuellement à St-Hyacinthe. La plupart des maisons d'éducation, entre autres le collége et le couvent des Sœurs de la Présentation, ont été forcées de congédier leurs élèves pour un temps indéterminé. L'épidémie ne présente pas un caractère de sérieuse gravité.

Nominations.—Notre distingué collaborateur et ami, M. le Dr A. A. Foucher vient d'être nommé membre de la *Société française d'ophthalmologie.* Nos plus sincères félicitations.

M. le Dr Aimé TRUDEL a été nommé Médecin du Dispensaire de l'Hospice St-Joseph et y fera le service durant les mois de février et mars.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—M. le Dr d'Orsennens est continué dans ses fonctions de président pour l'année 1884. M. le Dr L. D. Mignault remplace M. le Dr Coderre comme secrétaire de l'Ecole.

Université Laval.—Le *Cercle médical* a élu son bureau pour l'année 1884. Ce bureau est composé comme suit:

Président: M. J. Desjardins, M. B.; vice-président: M. N. Hainault; secrétaire: M. J. H. Boucher, M. B.; Comité de régie: MM. J. E. Tremblay, M. B., G. Smith, M. B., O. Ostigny et C. Marsil.

Société d'Hygiène de la Province de Québec. — Les élections annuelles de cette société ont eu lieu le 16 janvier dernier. Le scrutin a donné le résultat suivant: Président: Dr N. FAFARD (réélu); 1er Vice-Président: Dr J. I DESROCHES; 2nd Vice-Président: M. J. E. VANNIER, (réélu); Secrétaire: Dr L. LABERGE, (réélu); Assistant-Secrétaire: Dr L. J. V. CLÉROUX; Trésorier: M. J. Z. RESTHER, jr.; Comité de Régie: MM. A. LÉVESQUE, Henri ARCHAMBAULT et C. A. PFÏSTER et les Drs A. B. LAROCQUE et A. A. FOUCHER.

Elections.—Les différentes académies et sociétés savantes de Paris ont fait, au renouvellement de l'année, l'élection de leur bureau.

A la *Société de chirurgie,* M. Marc SÉE a été élu président, M. le professeur DUPLAY, vice-président, M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, premier secrétaire et M. BERGER, trésorier.

A la *Société médicale des hôpitaux,* le scrutin a donné le résultat suivant: président: M. DUJARDIN-BEAUMETZ; vice-président: M. VIDAL; secrétaire: M. DESNOS; trésorier: M. MOUTARD-MARTIN.

A l'*Académie de médecine,* M. Alphonse GUÉRIN, vice-président, passe à la présidence; M. FAUVEL est élu vice-président; M. PROUST est maintenu dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. le prof. CORNIL a été élu président de la *Société anatomique.*

Mutations dans les services des hopitaux de Paris.—Par suite de la mise en retraite de MM. Bouchut et Hervieux, du décès de MM. Archambault, Parrot et Lasègue, et de la création de nouveaux services à Cochin, aux Tournelles et à Tenon, plusieurs mutations viennent d'avoir lieu. Nous signalerons en particulier les suivantes:

M. Blachez passe de l'hôpital Necker à l'hospice des Enfants-Assistés; M. Hallopeau passe de Saint-Antoine à Saint-Louis; M. Dujardin-Beaumetz passe de Saint-Antoine à Cochin; M. Rendu passe de Tenon

à Necker; M. Debove passe de Bicètre aux Tournelles; M. Henri Huchard passe de Tenon à Bichat; M. Labadie-Lagrave passe du bureau central à la Maternité; M. Dreyfus-Brisac passe du bureau central à Tenon, et M. Robert Moutard-Martin passe du bureau central à Ste-Périne.

Notre compatriote M. le Dr Brodeur est actuellement, à l'hôpital Tenon, l'interne de M. Dreyfus-Brisac.

Hopital Notre-Dame.—Durant le terme de Pâques, M. le Dr LARAMÉE continuera le cours de ses leçons cliniques (médicales) les lundis, mercredis et vendredis, à 11 hrs, a.m.

—M. le Dr BROSSEAU donnera aussi trois cliniques (chirurgicales) par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, à 11 hrs, a.m.

—Au Dispensaire pour les maladies des yeux et des oreilles, clinique de M. le Dr FOUCHER, à 11 hrs, a.m.

Tous les membres de la profession médicale peuvent, s'ils le désirent, assister à ces différentes leçons.

—Au Dispensaire général, service de M. le Dr LAMOUREUX, à midi.

Mesures prophylactiques.—A sa séance du 30 novembre dernier, le Bureau de Santé de la cité de Montréal a adopté la résolution suivante présentée par M. le juge Dugas:

"RÉSOLU,—Que dans le but de mieux connaître l'état sanitaire de la ville, une circulaire soit adressée aux différents médecins de la localité et de la banlieue, les priant de vouloir bien faire connaître à ce Bureau le résultat de leur expérience sur l'étendue des ravages de la syphilis et des maladies vénériennes en général; de dire s'ils croient qu'il serait opportun d'établir des mesures restrictives pour prévenir ces maladies, et quels seraient, dans leur opinion, les meilleurs moyens à adopter dans ce but."

Il serait temps, en effet, que l'on commençât à s'occuper de cette question.

Etudes médicales.—Le nombre d'années que l'étudiant doit passer dans une institution médicale pour obtenir ses diplômes varie beaucoup dans les différents pays. Ainsi:

En Suède on exige dix ans;
En Danemark, six et sept;
En Hollande, en Italie et en Suisse, six;
En Norvège, huit;
En Belgique, six;
En Russie, en Autriche et en Hongrie, cinq;
En France, en Angleterre et en Canada, quatre;
Aux Etats-Unis, trois ou deux,
En Espagne, deux.—*Canad. Pract.*

MARIAGE.

GRONDIN-LEMOINE.—A Québec, le 7 janvier, M. le Dr Grondin, de Charlesbourg, à Melle Julie Lemoine, fille de L. J. B. Lemoine, Ecr.

DÉCÈS.

SIMARD.—A Québec, le 4 janvier, à l'âge de 8 ans et 9 mois, Marie-Anne-Augustine, enfant du Dr L. J. A. Simard.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DE LA MARINE (Québec)—M. CATELLIER.

Fractures de cuisse. (1)

Dans notre dernière leçon nous avons étudié un cas de fracture simple du fémur dans son tiers moyen. Comme ce cas ne présentait pas d'intérêt spécial, en dehors de la lésion osseuse elle-même, et que plusieurs d'entre vous suivaient la clinique chirurgicale pour la première fois, j'en ai profité pour vous donner les notions les plus nécessaires sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces accidents.

Il nous reste à voir d'autres cas de fracture du même os, à peu près au même niveau, mais tous présentant quelque *complication*.

Le premier, en date, de ces cas compliqués est celui du malade couché au nº 7 de la salle 42. Ce matelot a fait en mer, vingt jours avant son arrivée dans le port de Québec, une chute de 70 à 80 pieds qui lui a cassé le radius droit, à sa partie inférieure, et le fémur du même côté, entre le tiers moyen et le tiers inférieur. Il est entré ici il y a trois jours. C'est un colosse musculeux, comme vous pouvez vous en assurer par l'inspection du tronc et des membres ; il est âgé de 21 ans.

Nous laisserons de côté, pour aujourd'hui, la fracture du radius pour ne nous occuper que de celle du fémur. Et tout d'abord, pour mieux vous en faire saisir les particularités, et surtout pour vous montrer la singulière complication qui l'accompagne, j'enlève l'appareil à simple immobilisation que je lui ai appliqué l'autre jour, et qui ne diffère guère de celui que j'ai trouvé sur le membre lors de l'admission du blessé à l'hôpital.

Vous voyez que la cuisse droite est plus grosse que l'autre et que la simple vue y constate un raccourcissement que la mensuration, d'ailleurs, vient confirmer et préciser : deux pouces. En l'empoignant avec vos deux mains, à sa partie inférieure, vous sentirez très bien, au milieu d'un cal énorme, les extrémités des fragments et leur situation respective ; le supérieur est antéro-interne et l'inférieur postéro-externe. Vous pouvez juger, en même temps, de l'obliquité de la fracture par l'espace de plus de cinq pouces qui sépare ces deux extrémités. Comme deux pouces seulement sont dûs au chevauchement, la mensuration n'indiquant que ce raccourcissement, le reste est évidemment dû à l'obliquité des fragments. Si vous essayez de produire du mouvement anormal au niveau de cette fracture, vous ne réussirez pas, même en

(1) Clinique du 18 octobre 1883—Voir la livraison de janvier pour la leçon précédente.

faisant des pressions assez fortes. La consolidation est donc déjà avancée. Il est vrai que cette résistance aux mouvements communiqués peut en partie s'expliquer par le fait même de la direction très oblique des fragments qui se tiennent ainsi par de larges surfaces.

Mais voici ce qui donne à ce cas un intérêt particulier et qui me le fait classer parmi les *fractures compliquées*, bien que je n'aie trouvé cette complication indiquée nulle part. Si vous examinez le genou du côté blessé, vous voyez qu'il n'est guère plus gros que l'autre; la palpation n'y fait rien découvrir de particulier; il n'y a pas de fluctuation, même si on essaie de colliger en un point, sous la rotule, par exemple, le peu de liquide que peut bien contenir l'article. Mais si je saisis la jambe, vous voyez que je puis produire facilement, et sans douleur pour le patient, des mouvements étendus de rotation et de latéralité, dont le centre est le genou. Le mouvement d'extension est encore plus remarquable; je le porte sans effort, rien qu'à soulever la jambe, à un point que cette dernière fait avec l'axe prolongé de la cuisse un angle que j'estime à bien près de 45 degrés. Or, je n'ai pas besoin de vous le dire, tous ces mouvements sont anormaux dans un genou sain. A quoi donc peuvent-ils être dus ici? Ils supposent, pour être possibles, soit une fracture non unie siégeant dans l'articulation ou très près d'elle, soit une rupture de plusieurs des ligaments articulaires, soit enfin un allongement, un relâchement extraordinaire de ces mêmes ligaments. Le genou était ferme avant la chute; car c'était là un détail dont je devais m'assurer de suite.

J'élimine la première de ces hypothèses, vu l'absence des autres symptômes d'une fracture au niveau du genou. Si pareille fracture eût existé, elle eût certainement laissé des traces sous forme de cal, de déformation, etc. Or la palpation, bien facile ici, parceque le genou n'est pas gonflé, n'indique rien de semblable. D'ailleurs, s'il est vrai de dire que ces sortes de fractures, quand elles sont récentes, permettent parfois de ces mouvements anormaux qui semblent, à un examen peu attentif, se passer dans l'articulation, il est d'expérience qu'avec le temps, et ici l'accident remonte déjà à vingt trois jours, elles amènent bien plutôt la roideur que le relâchement articulaire.—J'élimine également la seconde hypothèse, celle d'une rupture des ligaments; car il faudrait supposer que cette rupture eût porté non seulement sur les ligaments postérieur et latéraux, mais encore et surtout sur les ligaments croisés. Or il me répugne de croire à un pareil désordre sans que le blessé ait même accusé de douleur dans son genou.—Reste la troisième hypothèse, celle d'un relâchement considérable des ligaments de l'articulation, le résultat d'une entorse du genou qui aurait été produite au moment de la chute, et qui aurait amené un épanchement articulaire considérable. C'est à cette hypothèse que je me rattache, d'abord parce que je n'en ai pas de meilleure pour expliquer l'état actuel du genou, et aussi à cause de l'analogie que je remarque entre ce que je vois ici et le relâchement qui persiste quelquefois après l'hydarthrose de cette articulation. J'ai un autre motif, également d'analogie, pour m'en tenir à cette idée d'un épanchement articulaire ayant dû se faire après la chute; c'est l'histoire d'un cas, en tout semblable à celui-ci, mais où cet épanchement avait été parfaitement observé.

En effet, c'est la seconde fois que j'ai occasion de constater cet étran-

ge relâchement du genou comme complication d'une fracture du fémur. Ceux d'entre vous qui ont suivi la clinique du printemps dernier doivent se rappeler ce jeune matelot allemand qui fut admis dans nos salles pour une fracture du fémur arrivée 17 jours auparavant, et siégeant, comme ici, entre le tiers moyen et le tiers inférieur. Le relâchement extraordinaire du genou qui compliquait cette fracture, et que j'observais alors pour la première fois, était encore plus marqué que celui qui existe sur notre blessé actuel, mais d'ailleurs lui ressemblait d'une manière frappante. Comme ici, aucune douleur, aucun gonflement, aucune fluctuation perceptible dans le genou, mais la même possibilité de produire entre la jambe et la cuisse des mouvements étendus en tous sens. C'était à tel point qu'on aurait pu croire que ce genou avait perdu tous ses ligaments, et que le tibia ne tenait au fémur que par la peau et les muscles. J'ai comparé dans le temps la jambe de ce garçon au battant d'un fléau. Vous vous rappelez qu'en exerçant sur elle une légère traction, puis en la repoussant un peu brusquement, je pouvais produire entre le tibia et les condyles du fémur un choc très audible. Or, dans ce premier cas, un épanchement articulaire avait existé. Le capitaine du vaisseau, que j'interrogeai minutieusement et à plusieurs reprises à ce sujet, m'a toujours déclaré que quelques jours après la chute qui avait causé la fracture du fémur, le genou était devenu douloureux, très gros, arrondi, et qu'en le palpant on ne sentait pas les os, mais qu'on avait plutôt la sensation d'une vessie pleine de liquide. Il est impossible de ne pas voir là un épanchement articulaire, et c'est à cet épanchement et à l'allongement des ligaments qu'il avait produit, que j'attribuai naturellement le relâchement du genou. L'épanchement avait complètement disparu au bout de quinze jours, alors que le blessé fut apporté à l'hôpital, mais le relâchement des ligaments, qui en avait été la conséquence, avait persisté. J'imagine qu'il doit en avoir été ainsi de notre blessé d'aujourd'hui. Il est vrai qu'il ne dit pas avoir souffert du côté du genou, et le capitaine qui l'a soigné n'a pas remarqué de gonflement ; mais, d'une part, on sait que l'hydarthrose se développe assez souvent sans douleur, et d'un autre côté, comme tout le membre était recouvert d'attelles et de bandes, un épanchement a bien pu se faire dans le genou et passer inaperçu. Dans le premier cas la douleur du genou avait forcé le capitaine à lever l'appareil, ce qui lui avait fait constater l'épanchement.

Mais enfin, en présence d'une semblable complication, quelque soit la manière dont on doive l'expliquer, quelle va être notre ligne de conduite par rapport à la fracture ? Comme vous pouvez le constater, cette dernière est en voie de se consolider avec un raccourcissement de deux pouces. C'est précisément le raccourcissement que présentait notre jeune allemand ; mais chez lui la consolidation n'était pas aussi avancée. On pouvait encore produire entre les fragments un léger mouvement anormal, qui, ici, parait impossible sans un développement de force que je ne veux pas employer.

Avant de répondre à la question que je viens de me poser, veuillez me permettre de faire une digression ou plutôt une supposition. Si ces deux cas de fracture s'étaient présentés à mon observation sans ce relâchement du genou, mais d'ailleurs dans les mêmes conditions de consolidation et de raccourcissement, j'aurais eu à me demander s'il

était encore possible d'obtenir un allongement notable du membre par l'extension seule, ou bien si la *refracture* préalable n'était pas indiquée. La première question, je crois que j'aurais dû la résoudre dans l'affirmative pour le premier cas, celui qui présentait encore un peu de mouvement anormal, et dans la négative pour le second. Nous avons assez souvent ici à traiter des fractures de cuisse arrivées en mer et admises quelques semaines plus tard à l'hôpital, dans les conditions de celle de notre premier blessé, et généralement, par une extension un peu énergique, surtout les premiers jours, nous obtenons un notable allongement du membre, bien que ce dernier reste toujours sensiblement plus court que lorsque l'extension a été appliquée dès le début. Mais quand le cal a acquis le degré de fermeté que nous remarquons ici, l'extension, même énergique, mais dans tous les cas supportable, ayant à lutter et contre un cal qui s'ossifie et contre des muscles raccourcis, reste habituellement sans résultat. Eh bien, alors, toujours dans la supposition qu'il n'y avait pas de relâchement du genou, aurais-je dû refracturer ce membre? Je ne le crois pas; et sans vouloir trop blâmer la pratique de ceux qui, en pareille circonstance, tenteraient de le faire dans l'espoir de diminuer le raccourcissement, je ne l'adopterais pas, car je sais que cet espoir est le plus souvent trompeur. Après quelques semaines, il devient presque aussi difficile d'allonger cette masse de muscles puissants de la cuisse que si leur longueur nouvelle eût toujours été leur longueur normale. Dans tous les cas, chez un individu adulte et musculeux, je ne vous conseille pas de tenter la refracture après quatre semaines, pour un simple raccourcissement de deux pouces, quand l'union est aussi ferme que celle qu'on constate ici. Il en serait bien autrement si, au lieu d'un simple raccourcissement, sur un membre d'ailleurs droit, vous étiez en présence d'une fracture unie avec un déplacement angulaire notable. Dans ce cas je vous conseillerais de refracturer l'os et de le mettre droit; car vous pouvez toujours obtenir ce résultat, quelle que soit l'ancienneté de la fracture. Je ne crois pas m'éloigner de la saine pratique en disant que la refracture doit être la règle dans les cas de consolidation avec déformation angulaire notable, mais la *très rare exception* dans les cas de simple raccourcissement.

Je viens de faire là, un peu pour avoir occasion de vous dire ce que je pense des refractures, une supposition d'un état qui n'existe pas sur notre blessé, qu'il me faut bien prendre, pour juger la question du traitement à instituer, avec son relâchement du genou, tel qu'il m'est arrivé, il y a trois jours, et, à ce point de vue, il me paraît évident que, même si l'extension seule ou l'extension après la refracture avait eu quelque chance d'allonger le membre, je ne devais pas l'employer, au moins faite de la manière ordinaire, c'est-à-dire, prise sur la jambe, et cela dans la crainte d'augmenter encore cet allongement des ligaments articulaires. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'extension faite sur la jambe n'est transmise au fragment inférieur du fémur que par les ligaments qui unissent celui-ci au tibia. J'irai plus loin, je n'oserais faire aucune traction sur la jambe, même si le cas était récent. Car je considère ici l'affection du genou beaucoup plus grave que la lésion osseuse, et pouvant, bien plus sûrement que cette dernière, rendre l'individu infirme pour la vie, si elle ne s'améliore pas. Rien d'étonnant alors que je ne veuille rien entreprendre qui soit de nature à l'augmenter ou seulement à la rendre permanente. Quant à prendre le genou, ou plutôt les condyles du

fémur, comme point d'appui pour l'extension, je ne pourrais y songer que si le cas était récent, et encore je sais qu'on ne peut guère faire d'extension efficace sur ces points qui deviennent facilement douloureux. On ne peut ici, comme sur la jambe, distribuer la traction sur une grande surface au moyen de bandelettes adhésives ; appliquées sur la cuisse ces bandelettes ne feraient évidemment que tirer sur la peau et le bassin, et non sur le fragment inférieur. Cette extension doit être faite alors, pour ne pas être tout à fait illusoire, au moyen d'un collier en cuir, assez large, bien rembourré, et mis un peu serré au-dessus du genou. C'est sur ce collier que l'on fixe, de chaque côté, les liens extenseurs. Vous devez vous rappeler que j'ai essayé ce mode d'extension sur notre premier blessé, le jeune allemand, mais sans autre résultat que de faire souffrir le patient. J'ai dû bientôt y renoncer d'ailleurs, devant des rougeurs qui s'accentuaient de plus en plus au niveau des condyles et qui me faisaient craindre l'ulcération.

Ce que je ferais, probablement, si le cas qui nous occupe actuellement était suffisamment récent, serait de chloroformer le malade et de faire sur le genou une extension énergique dans le but de réduire la fracture le plus complètement qu'il me serait possible, puis d'appliquer de suite un appareil plâtré suivant la méthode de Sayre. Je maintiendrais l'extension, non seulement pendant l'application de l'appareil, mais encore jusqu'à ce que le plâtre fût bien durci. Cela ne prend, au reste, que quelques minutes.

Pour le cas actuel donc, comme pour celui du printemps dernier, vu l'état de relâchement du genou et la consolidation déjà avancée du cal, je me contenterai d'immobiliser les fragments par une longue attelle externe et une attelle postérieure. Mais comme mon premier cas m'a valu quelque expérience, j'ajoute que dès que l'union sera assez ferme, c'est-à-dire dans quinze ou vingt jours au plus, je ferai lever le blessé, afin qu'il puisse donner de l'exercice à son genou. C'est de cet exercice, en effet, que j'attends l'amélioration de son articulation. Le printemps dernier, j'ai dû tâtonner quelque peu dans cette seconde partie du traitement, celle qui s'adressait plus spécialement au relâchement du genou. En me laissant guider par l'analogie que je remarquais entre ce relâchement et celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose, j'ai naturellement essayé des moyens qu'on emploie contre ce dernier; badigeonnage à la teinture d'iode, immobilisation, un peu de compression, etc; mais rien n'y faisait, et le relâchement articulaire persistait toujours au même degré. Ce n'est que lorsque j'ai permis au malade de se lever sur des béquilles que l'amélioration a commencé à se faire. Elle a été rapide; et lorsqu'il nous a quittés, six semaines seulement plus tard, son genou était déjà relativement ferme. J'ai l'espoir qu'il en sera ainsi pour ce second cas. Alors on pourra peut-être tirer cette conclusion, que si le relâchement du genou, qui complique parfois, bien que rarement, une fracture du fémur, a des analogies frappantes avec celui qui persiste quelquefois après l'hydarthrose de cette articulation, il n'en a pas, au même degré, le caractère de permanence.

25 janvier 1884.—L'appareil a été enlevé dans les premiers jours de novembre ; le blessé a passé encore une semaine au lit, puis s'est levé. A cette époque, son genou était aussi relâché que lors de son entrée à l'hôpital ; mais dès qu'il a commencé à marcher, l'amélioration a été rapide,

et aujourd'hui le genou droit est à peu près aussi ferme que l'autre et les mouvements anormaux y sont devenus impossibles. Les marches, même prolongées, ne le fatiguent pas. Chose remarquable, malgré un racourcissement de deux pouces, constaté de nouveau par la mensuration aujourd'hui même, la claudication (c'est plutôt un léger balancement latéral du corps,) est si peu sensible, que les personnes dont l'attention n'est pas attirée de ce côté, comme j'en ai fait à plusieurs reprises l'expérience, ne la remarquent pas.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — **M. BROSSEAU.**

Des corps étrangers de la vessie et de l'urèthre.

(Leçon sténographiée par M. J. SURPRENANT, M. B.)

Depuis l'ouverture de cet hôpital, nous avons rencontré plusieurs cas de corps étrangers de la vessie. Ces jours derniers encore, nous en avions un digne d'attirer notre attention. Je saisis cette occasion propice pour vous faire quelques remarques cliniques à ce sujet.

OBSERVATION.—O. L., 67 ans, grand, maigre et presque sourd; pris depuis longtemps d'une hypertrophie de la prostate, il subit les troubles de la miction ordinaires à ces cas : douleur, gêne, efforts, etc.

Ces jours derniers, il éprouve encore plus qu'à l'ordinaire de difficultés à uriner, et croit pouvoir s'aider en s'introduisant dans le canal de l'urèthre une longue épingle à châle; malheureusement, il échappe cette épingle qui pénètre jusque dans la vessie. O. L. entre à l'hôpital le 7 janvier, deux jours après cet accident.

Son état de cécité complète laisse planer des doutes sur sa mésaventure. On se demande si le pauvre aveugle n'a pas laissé tomber par terre cette épingle et la croit dans sa vessie Nous faisons tout de même l'examen de cet organe et nous y constatons, en effet, la présence d'un corps étranger qui a tout à fait l'apparence d'une épingle, et qui se trouve en travers de la vessie, immédiatement en arrière du col.

Nous le saisissons avec un instrument spécialement construit à cet effet, mais nous ne pouvons réussir à le saisir par un de ses bouts, et comme il est trop résistant pour être ployé en deux, il nous est impossible de l'extraire. Le lendemain, nous essayons de nouveau, mais sans plus de succès.

Le malade ayant refusé de nous autoriser à pratiquer la taille dans le cas d'insuccès, nous sommes forcément obligés de nous abstenir de recourir à l'opération.

Deux jours plus tard ce patient laisse l'hôpital sous prétexte qu'il ne sent plus de douleur et que par conséquent son épingle doit être sortie durant une miction. Il s'oppose à toute nouvelle intervention.

Le 30 janvier le pauvre aveugle nous est ramené, il est décidé à se laisser opérer.

Le malade est chloroformisé ; nous constatons de nouveau la présence du corps étranger dans la vessie et faisons encore quelques tentatives d'extraction par les voies naturelles, mais sans plus de succès que la première fois ; nous ne pouvons réussir à saisir l'épingle par un bout. Alors nous pratiquons, séance tenante, la taille latéralisée.

Le périnée ne présente que peu d'épaisseur, de sorte que du troisième coup de bistouri nous pénétrons dans la vessie. L'index gauche appuyé sur l'épingle en reconnait exactement la position, il aide aussi à en faire glisser graduellement la pointe dans les mors d'une longue pince introduite par la plaie. Alors l'extraction en est faite. Cette épingle mesure bien trois pouces de longueur et porte les traces des mors de la pince.

Une légère fièvre inflammatoire se fait sentir les jours suivants, température à 101°, pouls à 90, et bientôt tout va pour le mieux. Le pauvre homme est tout à fait surpris de ne plus uriner par la verge ; il est bien inquiet de savoir s'il va toujours ainsi mouiller son lit, il s'ennuie beaucoup à l'hôpital et nous supplie de le laisser partir dès le 13e jour après l'opération, ce à quoi nous consentons malgré nous.

Les urines sortent à ce moment, en partie par la plaie, en partie par l'urèthre.

Outre cette épingle, voici d'autres corps étrangers extraits de la vessie de patients dans cet hôpital.

1° Un porte-crayon commun, en cuivre, d'environ 2½ pouces de long, qu'une fille hystérique s'est introduit dans la vessie. L'extraction en a été facile, après la dilatation de l'urèthre.

2° Un long fragment de sonde en caoutchouc vulcanisé, extrait de la vessie d'un vieillard. Cet homme se faisait le cathétérisme lui-même et un jour il tira si violemment la sonde qu'il la rompit et un long fragment resta dans sa vessie. Le malade étant amené à l'hôpital, nous avons pu saisir ce bout de sonde avec un brise-pierre et l'extraire replié en deux, grâce à la grande mollesse du caoutchouc.

3° Un petit rouleau en bois, longueur : un pouce, épaisseur : ¾ de pouce. Ce rouleau a été trouvé dans la vessie d'une fille hystérique et extrait par l'urèthre avec le doigt replié en crochet. Ce corps étranger a séjourné longtemps dans la vessie ; il est tout incrusté de sels calcaires.

Je pourrais vous faire voir encore plusieurs autres corps étrangers extraits de la vessie, mais cela n'ajouterait aucun intérêt à cette étude. Laissez-moi plutôt entrer dans quelques considérations pratiques.

Il existe peu de ces corps étrangers de la vessie que l'on puisse *broyer ;* en effet, une personne craindrait de s'introduire dans la vessie un corps fragile ; presque tous sont durs, résistants et doivent être retirés entiers, ou en deux ou trois fragments. Les fabricants français ont construit d'ingénieux instruments pour l'extraction de ces corps étrangers, qu'ils ont appelé *duplicateurs*, *redresseurs*, *diviseurs*, d'après la nature de leurs fonctions respectives. La composition, le volume, la forme du corps étranger indiquent au chirurgien lequel de ces instruments il doit choisir.

La voie la plus ordinaire par laquelle les corps étrangers pénètrent dans la vessie, c'est l'urèthre ; il arrive cependant encore assez souvent qu'un corps étranger placé dans le vagin, le rectum, se fraye une voie jusque dans la vessie ; un projectile d'arme à feu peut aussi venir se loger dans cet organe. Pour extraire ces corps étrangers, le chirurgien doit suivre leur voie d'introduction, pénétrer par la même ouverture, autant que possible, ou sinon faire la taille.

Les corps étrangers de la vessie s'incrustent très facilement de sels calcaires et servent de noyau à un calcul vésical. S'ils sont laissés à

eux-mêmes, ils peuvent déterminer une cystite violente, une ulcération, une perforation des parois vésicales, une péritonite. D'autres fois ils ne détermineront que peu d'inconvénients, une cystite chronique, ou quelques douleurs après la miction.

Les jeunes garçons s'introduisent souvent dans la vessie, dans un but plus ou moins avouable, soit un crayon d'ardoise, soit un manche de plume, soit un brin de paille, etc. Le vieillard, lui, cherche à faciliter sa miction au moyen d'un instrument quelconque qu'il lui arrive parfois d'échapper. Le chirurgien se sert quelquefois d'une sonde détériorée qui se rompt, ou il force trop un brise-pierre qui se casse et laisse un corps étranger dans la vessie. La fille hystérique, elle, cherche quelquefois, dit le Dr Demons, à charmer ses loisirs de vierge en s'introduisant dans l'urèthre un étui, un bout de bois, un crayon qu'elle laisse glisser dans sa vessie : aberration déplorable du sens génital.

La thérapeutique des corps étrangers de la vessie doit varier selon la nature de ces corps, la durée de leur séjour dans la vessie et le sexe du patient. Par exemple, chez la femme, un corps étranger assez volumineux peut être extrait par l'urèthre tant celui-ci est dilatable, surtout lorsque la malade est anesthésiée. Il est en effet étonnant combien on peut dilater l'urèthre d'une femme et cela instantanément et sans incontinence subséquente d'urine ; on peut donner à ce canal un pouce de diamètre.

L'urèthre de l'homme est beaucoup moins dilatable, mais cependant on peut lui donner de fortes dimensions, comme le prouve le procédé de lithotritie rapide de Bigelow, qui requiert des instruments d'un calibre excessif.

Le chirurgien, dans l'intérêt du patient, doit toujours chercher à extraire les corps étrangers par les voies naturelles en les dilatant s'il le faut. Lorsqu'il s'agit de corps allongés, effilés, plus ou moins rigides, tels que les fragments de sonde en gomme par exemple, l'instrument appelé *redresseur* qui ressemble à un brise-pierre, excepté dans la conformation de ses mors, est celui que le chirurgien doit adopter de préférence aux autres. Par son mécanisme, le redresseur ramène dans sa gouttière et dans son axe le corps étranger. Pour atteindre ce but cependant, il faut que ce corps étranger soit saisi près de l'un de ses bouts ; s'il est saisi par le milieu, il faut user de la petite manœuvre suivante pour le mettre en position favorable. Arrivé au niveau du col de la vessie, si le chirurgien sent sa main arrêtée, il lâche prise, puis tire lentement l'instrument qui glisse sur le corps étranger, jusqu'à ce que celui-ci s'engage dans la cannelure et se redresse, puis alors l'extraction est des plus faciles.

Lorsque le chirurgien ne peut extraire un corps étranger par les voies naturelles, il ne lui reste plus qu'à pratiquer la taille, grande et belle opération, aussi féconde en bons résultats quand elle est faite dans ce but particulier que quand il s'agit de débarrasser un calculeux de sa pierre.

En terminant, permettez que je vous fasse connaître quelques-uns des moyens mis à notre disposition pour extraire les corps étrangers logés dans l'urèthre.

C'est surtout chez les petits garçons de 2 à 5 ans que nous rencontrons ces obstructions de l'urèthre : un petit calcul, gros comme un pois, violemment chassé de la vessie, s'arrête dans le cul-de-sac du bulbe, ou dans la portion pénienne ou tout près du méat. La miction devient impossible, les douleurs atroces et l'intervention urgente.

On doit d'abord essayer une petite curette ou une pince uréthrale, et si l'on ne peut saisir le petit calcul, il faut pratiquer l'uréthrotomie externe vis-à-vis le corps étranger et l'extraire. Pour que la petite plaie ainsi faite guérisse par première intention, on met une sonde à demeure pendant quelques jours.

Si une sonde en gomme ou autre corps mou se brise dans l'urèthre, les auteurs américains conseillent un moyen ingénieux pour les retirer : c'est de piquer la sonde, à travers le canal, avec une forte aiguille, puis de refouler, ratatiner la verge vers l'aiguille, comme quand on met un doigt de gant, puis piquer de nouveau avec une autre aiguille, et ainsi de suite jusqu'à ce que le bout de la sonde sorte par le méat.

1er mars.—J'ai revu le malade O. L.; il est tout à fait guéri.

Considérations sur la lymphangite utérine; (1)

par Flavien Dupont, M. D., Montréal.

Il y a déjà quelques jours, en rédigeant mes notes, je vous demandais de reprocher au zèle de notre regretté président, les langueurs et les ennuis qui se rattachent au développement de la question que je viens traiter devant vous. De fait, c'est sous les pressions énergiques de cet ami vivement regretté, que j'ai sacrifié à l'honneur de vous entretenir le désir puissant que j'éprouvais d'attendre, afin de ne vous présenter que des faits d'observation pratique.

Aujourd'hui, je n'ai plus l'avantage de pouvoir rejeter mes fautes sur sa puissante responsabilité. Notre cher président, qu'une mort impitoyable a subitement arraché à notre affection, n'est plus ici. Cependant il me reste encore sa mémoire immortelle à laquelle je veux me recommander.

Messieurs, en vous inclinant respectueusement devant ce cercueil qui passe, songez au zèle et à la sollicitude que consacrait celui qu'il renferme, pour l'avancement de notre société. Et alors, en son nom, vous me pardonnerez, j'en suis sûr, les ennuis dans lesquels je vais maintenant vous entraîner.

Je développerai, d'une manière presqu'entièrement didactique, la lymphangite utérine et le rôle qu'elle joue dans les complications puerpérales et les affections de l'utérus.

N'allez pas croire que cette question soit renfermée dans le vaste cadre des théories stériles. Non. Si je ne touche pas à un fait d'observation ordinaire, je suis au moins convaincu de faire ici une étude remplie d'intérêt au point de vue pratique.

C'est, je crois, un sujet tout à fait nouveau pour quelques-uns d'entre nous, et c'est précisément cette raison qui m'a engagé à en faire d'abord une étude didactique, quitte à vous en présenter, plus tard, les observations que j'aurai entrées dans mon cahier.

L'étude des lymphangites utérines, pour avoir été faite par des hommes considérables, il y a déjà plusieurs années, n'a, à proprement parler, atteint le "desideratum" voulu que dans ces derniers temps; je

---

(1) Travail lu devant la *Société Médicale de Montréal.*

parle des dix ou douze dernières années écoulées, car c'est alors seulement qu'elle a conquis une place bien méritée dans la pathogénie des complications puerpérales et des affections peri-utérines, et cela, Messieurs, hâtons-nous de le dire, à la louange de deux observateurs distingués, Martineau et Lucas-Championnière, pour ne mentionner que les noms les plus saillants dans l'histoire de cette étude.

Grâce aux recherches consciencieuses et éclairées de ces savants, nous connaissons aujourd'hui, par les démonstrations évidentes qu'ils en ont faites, le rôle important que jouent les lymphatiques dans l'utérus malade.

La science est donc grandement redevable à ces deux savants médecins de Paris, et, de ce côté-ci de l'Océan, nous nous plaisons à les féliciter et à les applaudir.

Vous avez tous remarqué combien étaient fréquentes les douleurs du côté des annexes, chez les femmes en couches, dans les premiers jours qui suivent leur accouchement.

Vous avez également noté l'importance variable de ces douleurs du début, dans leur évolution ultérieure. Tantôt, elles sont accompagnées d'un léger mouvement fébrile qui cesse avec elle au bout de quelques jours, et tout rentre dans l'ordre; tantôt, la douleur est plus intense, la fièvre plus accentuée et on voit alors évoluer les symptômes d'une pelvi-péritonite, ou plus rarement, ceux d'un phlegmon du ligament large.

Dans d'autres circonstances, le mal prend des proportions, et nous voyons se développer les manifestations violentes d'une péritonite généralisée.

Enfin, par malheur pour nos accouchées, grâce aux circonstances atmosphériques, à l'encombrement, à l'épidémicité ou à la contagion, on voit encore, *faisant toujours suite aux douleurs locales du début*, éclater les accidents terribles d'une péritonite plus ou moins généralisée qui tue rapidement nos malades.

Que signifie cette douleur constante du début, toujours localisée du côté des annexes de la matrice?

Tous les observateurs l'ont remarquée. N'y a-t-il pas là un fait frappant, capable de nous faire croire à une origine commune des complications diverses qui suivent cette douleur, dans une lésion anatomique constante, toujours la même?

Lucas-Championnière, imbu de cette idée, cherche et trouve cette lésion où? Dans une inflammation des lymphatiques utérins. Et comme preuve, il appuie ses avancés sur des observations nombreuses accompagnées de pièces anatomo-pathologiques justificatives. Dans tous les cas qu'il rapporte, les lymphatiques étaient plus ou moins altérés.

Et cette vérité ne comprend pas seulement les complications puerpérales; en dehors de là, dans les affections de l'utérus, on en trouve encore de nombreuses applications. Lucas-Championnière avait déjà démontré la possibilité de cette voie de propagation des inflammations de la matrice au tissu cellulaire, aux ligaments larges et au péritoine, quand Martineau vint et confirma ces données précieuses en parcourant, avec beaucoup d'avantage, la voie indiquée par Championnière. Ici, permettez-moi d'ajouter que les recherches cliniques

que j'ai eu l'avantage de faire, sous la direction même de M. Martineau, pendant mon séjour en France, m'ont pleinement convaincu de l'exactitude de ces faits. Non-seulement j'ai été à même de constater la lymphangite à divers degrés d'évolution, chez des nouvelles accouchées, mais encore, et surtout, je l'ai fréquemment observée chez des personnes affectées de maladies utérines ; tous les jours encore, je constate cette lésion dans ma clientèle et je suis convaincu d'une chose, c'est que, loin d'en avoir exagéré l'importance, Championnière ne l'aurait pas assez prônée. C'est le seul reproche que je puisse lui faire, et en cela je suis en parfait accord avec mon savant maître Martineau.

Si maintenant je puis convenablement me permettre une affirmation, je dirai : *En raison même de la fréquence de la lymphangite dans l'inflammation de la matrice, j'en fais un symptôme presque constant de la métrite.*

D'après mes observations, je l'ai constatée d'une manière évidente dans une proportion de 75 %. Vous trouverez des auteurs encore plus affirmatifs sous ce rapport.

Ceci a une importance majeure au point de vue de la marche, des complications et du traitement des affections de la matrice. Mais, ce n'est pas le temps de nous y arrêter, nous y reviendrons plus tard. Pour le moment, concluons, en nous appuyant sur les auteurs mentionnés, sur des faits cliniques et des faits anatomiques bien constatés, que les douleurs dont j'ai parlé, il y a un instant, sont dues à une lésion constante et bien démontrée—*la lymphangite.*— Puis, disons que ce qui est vrai dans l'état puerpéral l'est également et pour les mêmes raisons dans l'inflammation de la matrice.

Raisonnablement, Messieurs, on ne saurait refuser aux lymphatiques profonds les aptitudes et les caractères qu'on leur reconnaît dans les parties superficielles du corps. De même que les lympatiques d'un membre s'enflamment sous l'influence d'une écorchure, d'une simple piqûre, en un mot sous l'influence du plus léger traumatisme, de même, aussi, les lymphatiques de l'utérus s'enflamment sous l'influence des différents traumatismes que peut subir cet organe. Et, je vous le demande, ces causes, ces traumatismes manquent-ils sur la matrice? Tout ne concourt-il pas, tant dans la période des couches qu'en dehors de cet état, à produire cette lymphangite ? En effet, plaies contuses, déchirures, plaie béante et souvent ulcérée du placenta arraché, présence de matières irritantes, encombrement, infection, inflammation, ulcération, etc, rien ne manque. Et, après cela, on s'étonnerait de la fréquence des lymphangites dans un organe aussi riche en lymphatiques. Vous le dites tous : le contraire serait étonnant.

Autre considération : de même, que les lymphangites superficielles produisent, dans leur voisinage, des lésions concomitantes, à savoir : lésions du tissu cellulaire périphérique, lésions de la peau et des muscles, phlyctènes, eschares, etc., de même, les lymphangites profondes peuvent produire des phénomènes de voisinage qui se traduisent, pour les lymphangites utérines, sous forme de cellulites, de phlegmons du ligament large et de pelvi-péritonites.

Nous avons donc raison d'accepter, dès maintenant, ces lésions. Nous verrons dans la suite jusqu'à quel point cette théorie est justifiée par la clinique et par l'anatomo-pathologie.

Comme les conditions d'origine, la marche, la durée et la terminaison de la lymphangite sont différentes, selon qu'elles évoluent pendant ou en dehors de puerpéralité. J'aurai le soin d'étudier séparément la lymphangite puerpérale et la lymphangite de la métrite. Toutefois, cette division n'aura lieu d'être faite que lorsque j'aurai étudié l'anatomie normale et l'anatomo-pathologie des lymphatiques, les lésions étant les mêmes, ou à peu près, dans l'un et l'autre cas.

Dans cette étude, je me suis inspiré des excellents travaux de Nonat, Cruveilhier, Duplay, Tarnier et Béhier. Mais, je me suis surtout efforcé de suivre de près les savants écrits de Lucas-Championnière et de Martineau. A coup sûr, je ne pouvais choisir de meilleurs guides, et ils me pardonneront, si pour faire mieux connaître l'excellence de leurs écrits, je n'ai trouvé de meilleur moyen qu'en y puisant abondamment la plupart des choses qui me restent à vous dire.

A ceux qui seraient tentés de croire que j'attache trop d'importance à cette question, je répondrai comme l'a fait Championnière, par une citation de l'immortel Velpeau:

" C'est, dit il, en parlant des lymphangites profondes, une question " presque toute entière à élucider, et, comme on finira par trouver là " une des bâses *la plus vaste de la pathologie positive*, un des moyens " de ramener à l'étude matérielle une foule de maladies ou de symptô- " mes que, faute de mieux, on abandonne aux théories vagues et " nébuleuses des sciences conjecturales, l'esprit finira, en s'en empa- " rant, par y trouver un champ aussi riche qu'intéressant à mois- " sonner."

Anatomie et Etiologie.—J'entre maintenant dans une des parties les plus arides de mon sujet, partie que je retrancherais volontiers, si je ne sentais la nécessité de rappeler des faits qui doivent donner une base solide à l'étude que nous allons poursuivre ensemble.

Je n'ai pas l'intention d'être long dans cet exposé anatomique. Je ne tracerai que les grands traits nécessaires à notre étude. Je serai bref.

Chacun sait le nombre considérable, prodigieux même de vaisseaux lymphatiques que contient l'utérus. Ce nombre, cependant, s'accroit encore, et le volume des lymphatiques devient considérable, quand la matrice passe à l'état gravide. C'est là, un détail que je vous prie de remarquer, car il trouvera, tout-à-l'heure, son application quand nous discuterons la pathogénie des affections puerpérales.

Les lymphatiques de l'utérus naissent, à la fois, de sa muqueuse, de son tissu musculaire et de sa couche sous séreuse. Dans la muqueuse, on les retrouve sous forme de lacunes anastomosées. Dans la couche musculaire, ils forment des vaisseaux, accompagnant au nombre de un ou deux les artères et les veines. Quant à ceux de la couche sous-séreuse, ils forment un vaste réseau lymphatique, donnant naissance à de gros troncs pelviens.

Pour plus de clarté, étudions en deux groupes différents les lymphatiques du corps et ceux du col de la matrice.

Dans le corps de l'utérus, les lymphatiques superficiellement placés, quelques-uns presque immédiatement sous-péritonéaux, suivent dans leur trajet les vaisseaux utéro-ovariens et se rendent aux ganglions sacrés et lombaires. Ceux du col, plus profondément situés, affectent une direction et une disposition constantes. Ils forment un plexus plus ou moins volumineux, immédiatement au-dessus et en arrière du

cul-de-sac vaginal latéral. C'est là un *siège fort remarquable*, car il correspond au point où se développent les douleurs, les inflammations et les tuméfactions que l'on retrouve dans le cul-de-sac latéral. En ce point, les lymphatiques aboutissent à un ganglion assez volumineux accollé à l'isthme de l'utérus et signalé pour la première fois par Lucas-Championnière. Parfois, on trouve en ce point deux on trois ganglions. De là, les vaisseaux se dirigent en arrière, rampent dans les ligaments larges, où ils aboutissent à de nombreux mais petits ganglions à moins que ceux-ci ne soient grossis par l'inflammation.

Parmi les ganglions auxquels aboutissent ces vaisseaux, signalons les ganglions obturateurs, post-pubiens, et peut-être aussi ceux de l'aine. Mais ce dernier point n'est pas bien démontré, quoiqu'affirmé par Mascagni.

Tous ces vaisseaux, tant ceux du corps que ceux du col, s'anastomosent ensemble. Sappey ajoute " qu'ils recueillent, sur leur passage, les lymphatiques de la trompe et ceux de l'ovaire."

A ce propos, permettez-moi une courte digression, pour vous faire remarquer que ce fait anatomique appuie fortement l'opinion des auteurs qui veulent que l'ovarite et la salpingite soient plutôt consécutives à la métrite que primitives. De fait, ils peuvent trouver, dans ces anastomoses des différents lymphatiques, une voie de transmission facile des inflammations utérines à l'ovaire et à la trompe. Pour ma part, j'avoue que ce mode pathogénique des ovarites me plaît fort, et si jamais nous avions l'occasion de discuter cette question, je serais heureux d'enregistrer mon nom pour l'affirmative.

Encore quelques petits détails, et j'en finis avec cette trop longue exposition.

Le volume des lymphatiques utérins est variable ; il peut atteindre jusqu'à 7 et 8 m.m. de diamètre. Quelque soit leur volume, ils sont tous très minces, transparents, à paroi lisse et blanche. Ils sont munis de valvules, ce qui, soit dit en passant, les distingue des *veines utérines*.

Pour terminer l'anatomie normale, je dois ajouter que si les ganglions de l'isthme ne sont pas constants, on trouve toujours à leur place un réseau lymphatique considérable et important.

J'ai hâte d'en avoir fini avec ces descriptions anatomiques. Aussi vais-je passer rapidement sur les détails anatomo-pathologiques de cette étude.

L'anatomie pathologique des lymphangites a surtout été bien étudiée par Tonnelée, Cruveilhier, Duplay et Lucas Championnière. Les travaux de ces savants médecins sont complets, et aujourd'hui, nous n'avons rien à ajouter à leurs écrits.

Avant d'étudier les lésions matérielles des vaisseaux lymphatiques dans l'inflammation qu'ils subissent, il est nécessaire de remarquer que l'absence de lésion dans leur texture ne prouve pas qu'ils n'ont pas été le siège d'une inflammation antérieure.

En effet, il arrive souvent au chirurgien de ne rien trouver à l'autopsie, quand, à la suite d'une plaie à un membre, il avait constaté, pendant la vie, des signes évidents de lymphangite caractérisée par des trainées rouges, irrégulières, saillantes et douloureuses. Plus que cela, à la suite de manifestations semblables accompagnées de phlegmon diffus, on n'a pu découvrir à l'autopsie aucune lésion lymphatique, et pourtant, pendant la vie, les symptômes caractéris-

tiques de leur inflammation étaient évidents, indéniables. Des observations complètes et probantes ont été apportées par des hommes savants et consciencieux à l'appui de ces faits.

Messieurs, ce qui est vrai pour les membres l'est aussi pour les organes profonds. L'utérus n'échappe pas à cette loi. Ces faits se rencontrent surtout dans les cas de lymphangites légères, et on ne saurait nier leur existence, quand d'autres lésions de voisinage attestent leur passage. Par contre, il existe des lymphangites plus intenses, dans lesquelles les lésions sont plus évidentes, et où on trouve les vaisseaux gorgés de pus.

Dans ces cas, on peut apercevoir à l'œil nu, *même à travers le péritoine*, reposant sur les surfaces de la matrice, surtout la postérieure, des trainées saillantes, jaunâtres se dirigeant vers les bords de l'utérus, où elles deviennent volumineuses, bosselées et entre-croisées.

Avec ces lésions nous pouvons constater des lésions concomitantes très étendues. Dans ces cas, les parois vasculaires sont, dit-on, épaissies et oblitérées. Quant à l'épaississement, Championnière le mentionne, mais..... il ajoute qu'il est très difficile à apprécier, en raison de la minceur extrême des lymphatiques de l'utérus.

Pour l'oblitération, elle est très fréquente, surtout quand les vaisseaux sont remplis de pus.

A un degré de moindre intensité de l'inflammation des lymphatiques, ces vaisseaux sont moins apparents, moins nombreux, sans saillies, ne présentant qu'une trainée jaunâtre qui se dirige vers les bords de l'utérus.

Souvent, dans ces cas, ce n'est qu'au moyen de coupes pratiquées aux angles de l'organe, qu'on peut découvrir ces vaisseaux. Alors par la pression on fait sourdre des gouttelettes de pus par leur orifice coupé.

C'est également par des coupes que l'on découvre les lymphatiques profonds et ceux du col. Pour trouver les lymphatiques volumineux, c'est sur les parties latérales du col qu'il faut les rechercher. Là on les voit de volumes variables, pelotonnés et dilatés en ampoule, et souvent aussi, on y découvre des ganglions enflammés, quelquefois même suppurés. En ouvrant ces vaisseaux, on y trouve un pus jaunâtre, quelque fois presque blanc. On peut même y rencontrer des caillots fibrineux blancs. C'est également en ouvrant ces vaisseaux, qu'on aperçoit les valvules dont ils sont munis. Quand à la paroi du vaisseau, elle est habituellement d'un blanc plus ou moins brillant.

En plus de ces lésions, on trouve aussi des abcès. Ces abcès appartiennent à deux catégories. Ils siègent dans l'utérus ou dans le ligament large.

" Les uns, peu volumineux, très bien circonscrits contiennent un pus bien lié. Ils ont une paroi kystique brillante, sont bosselés et allongés. On les trouve souvent dans le tissu cellulaire, et c'est toujours cette forme que l'on rencontre dans le tissu utérin. Ils semblent formés par des vaisseaux lymphatiques dilatés et oblitérés. Leur siège superficiel aux angles de l'utérus et leurs parois lisses paraissent autoriser cette hypothèse. De plus, la présence de valvules à leur intérieur et la présence *sur le même utérus* de vaisseaux lymphatiques purulents viennent confirmer cette opinion. On les retrouve surtout dans les cas de péritonite à marche lente.

A leur propos, Championnière dit que " les descriptions d'abcès utérins peuvent être rapportées à des collections vasculaires purulentes, faites dans l'intérieur des lymphatiques.

" Ces collections purulentes guérissent, ajoute-t-il, et peut-être faudrait-il voir dans leur formation, l'origine de certains kystes de la paroi de l'utérus." C'est là une interprétation relevée que je signale en passant, car elle peut vous intéresser.

Les abcès de la seconde catégorie siègent surtout dans le tissu cellulaire et sont le résultat d'inflammation de voisinage. De gros lymphatiques enflammés y aboutissent. Ils sont mal limités, à parois anfractueuses. Leur volume variable peut atteindre jusqu'à un œuf de poule. Ils peuvent former de véritables abcès du ligament large, c'est là un détail précieux, car il jette un grand jour sur l'étiologie des abcès de ces ligaments.

Passons maintenant à l'étude des lésions concomitantes. Elles sont de la plus haute importance et retentissent surtout sur le péritoine, et cela, en raison même de la susceptibilité inflammatoire de cette membrane et de l'intime connexion qui unit la séreuse aux lymphatiques.

Nous venons de parler des abcès du tissu cellulaire, nous n'y reviendrons que pour dire que ces collections purulentes peuvent envahir tout le tissu cellulaire péri-utérin, et qu'elles se vident généralement par la vessie, le rectum ou le vagin.

Enfin, j'ajouterai que, dans les cas de pelvi-péritonites à marche lente, le tissu cellulaire avoisinant les vaisseaux remplis de pus est souvent injecté, infiltré, quelquefois lardacé, lésions qui donnent au toucher une sensation de résistance plus ou moins prononcée.

J'ai déjà mentionné l'inflammation des ganglions. Je dois dire qu'elle est très importante à retrouver et qu'elle se découvre facilement par le toucher. Ces ganglions peuvent subir les phénomènes inflammatoires dans leurs différentes phases et leurs différents degrés: infiltration, ramollissement, suppuration, etc, etc. Ils sont plus ou moins volumineux et douloureux.

Mais c'est principalement sur le péritoine que les lésions sont fréquentes. On les retrouve plus marquées sur les côtés de l'utérus, plutôt à gauche qu'à droite, en raison de la plus grande fréquence des lésions utérines à gauche. Encore, la péritonite est-elle généralisée, qu'on peut constater l'origine du mal sur les côtés de l'utérus, car on retrouve en cet endroit une inflammation plus vive traduite par des adhérences plus épaisses ou plus anciennes.

Maintenant, nous pouvons rechercher le point de départ de ces lymphangites. Ne trouve-t-on pas du côté de l'utérus, la raison pathogénique de ces désordres inflammatoires?

Messieurs, la plaie que laisse sur l'utérus le placenta décollé, les inflammations, ulcérations, déchirures, enfin les divers traumatismes de la matrice sont des lésions suffisantes, fréquentes et reconnues par tout le monde comme capables de produire la lymphangite.

Ces faits très bien démontrés sont trop universellement admis, pour qu'il soit nécessaire de nous y arrêter davantage, et de discuter leur puissance à produire l'inflammation des lymphatiques utérins.

De plus, les observations nombreuses, nous montrant les vaisseaux lymphatiques gorgés de pus, partis de l'utérus et se rendant au ligament

large et au péritoine enflammés, sont des faits qui nous démontrent trop bien une relation intime entre la lésion utérine, la lymphangite et la péritonite pour qu'il nous soit possible de la rejeter.

Donc, sans plus de discussion, nous acceptons ces faits, et je me hâte de terminer par quelques considérations sur les lésions de l'ovaire et de la trompe.

Déterminer d'une façon précise les lésions anatomiques de ces deux organes est un point important, car nous pouvons déduire de là le rôle qu'ils peuvent jouer dans le développement des accidents puerpéraux.

L'ovaire et la trompe sont pelotonnés au milieu d'une accumulation considérable de fausses membranes. Le tissu cellulaire environnant participe parfois à l'inflammation, et dans certains cas, on retrouve les ovaires et les trompes racourcis, accolés aux angles de l'utérus et paraissant faire corps avec lui.

Par un examen plus détaillé, on aperçoit la trompe tuméfiée, rougeâtre, quelquefois d'un rouge vineux.

L'ovaire peut-être plus ou moins lésé; souvent on ne trouve, à sa surface, que des petites taches hémorrhagiques. Mais par contre, dans d'autres circonstances, il est plus profondément affecté, il est réduit en un véritable putrilage. Notons que dans un certain nombre d'observations la trompe a été trouvée parfaitement intacte, malgré la présence de lésions manifestes du côté du péritoine, des lymphatiques et du tissu cellulaire péri-utérin. Dans d'autres circonstances, elles peuvent ne contenir que quelques gouttes de muco-pus, et on en trouve autant chez des personnes mortes en dehors de toute complication puerpérale. On cite même des cas où la portion externe seule de la trompe était malade, tandis que la portion attenante à l'utérus était parfaitement saine. C'est ainsi qu'en incisant la trompe dans toute son étendue, on l'a trouvée gonflée, irrégulière dans ses deux tiers externes, et contenant du pus plein sa cavité, quand le tiers interne était parfaitement indemne, sans trace inflammatoire, présentant une muqueuse grisâtre, telle qu'on l'observe chez des femmes récemment accouchées et ayant succombé à une autre maladie.

Ces faits nous prouvent à n'en plus douter que la muqueuse tubaire n'a pu servir à la transmission de l'inflammation.

Si la partie externe est enflammée, elle l'est purement et simplement par son contact avec d'autres parties préalablement enflammées. Et ce sont là des détails du plus vif intérêt auxquels nous devons accorder une importance majeure, car ils semblent nous indiquer par quelle voie a pu se transmettre l'inflammation, dans les cas de ce genre.

Dans une prochaine séance, Messieurs, je me propose de vous assiéger encore une fois, et de terminer enfin ce travail.

Nous discuterons alors les théories de la fièvre puerpérale et le rôle que joue la lymphangite dans son développement. Puis nous nous occuperons de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des lymphangites utérines.

Ménoxénie.—Le Dr Rouxeau, de Nantes, rapporte (*Gazette médicale de Nantes*) le cas d'une jeune fille de 17 ans qui n'a jamais perdu une goutte de sang par les voies naturelles, mais qui, depuis 4 ou 5 mois, est réglée à jour fixe et pendant 3 ou 4 jours, par le mamelon gauche.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Rhumatisme à caractère viscéral; traitement.—Clinique de M. Jaccoud à la Pitié.—La malade couchée au nº 38 de la salle Laennec me fournit une occasion d'appeler votre attention sur une forme grave de rhumatisme articulaire aigu, que je pourrais qualifier de rhumatisme à caractère viscéral, et de vous donner quelques indications importantes relativement au traitement de la maladie lorsqu'elle revêt cette forme grave. C'est une femme de 22 ans, qui est entrée à l'hôpital le 16 novembre dernier, au dixème jour d'un rhumatisme articulaire aigu qui empruntait sa gravité au chiffre élevé de la fièvre, dont l'intensité était cependant un peu atténuée par un traitement antérieur, et à des manifestations viscérales pleinement constituées. Ces manifestations, dans le détail séméiologique desquelles je ne veux pas entrer, étaient les suivantes : au cœur, on constatait un foyer non douteux d'endocardite mitrale révélée par un souffle systolique à la pointe des plus nets ; un foyer d'endocardite aortique non moins certain, et un frottement de péricardite naissante ; d'autre part, l'examen de l'appareil respiratoire faisait voir que le lobe inférieur du poumon droit était solidifié par une hépatisation compacte, tandis que du côté gauche, la poitrine était à moitié remplie par un épanchement pleurétique. Ainsi s'expliquaient la dyspnée considérable et l'état alarmant de la malade.

Cette femme avait déjà été traitée chez elle, par quel procédé ? nous l'ignorons. Nous savons seulement qu'elle prenait du salicylate de soude, et il semblerait, d'après son dire, que cette médication avait un peu calmé les douleurs. Le rhumatisme avait son siège dans les cous-de-pieds, les genoux, les mains et surtout la droite ; les épaules étaient à peu près libres. Admettons que le traitement dans les neuf premier jours avait été conduit méthodiquement et avec l'énergie suffisante, aurait-il pu empêcher les phénomènes viscéraux de se manifester ? Ce n'est pas un fait exceptionnel qu'un rhumatisme à détermination viscérales multiples, et l'on sera au dessous de la vérité si l'on en fixe la proportion au quart des cas. D'un autre côté, le début de prédilection de ces manifestations dans les rhumatismes qui doivent les présenter, est compris entre le 10e et le 12e jour, c'est-à-dire dans le milieu du second septenaire, ainsi qu'il ressort de relevés de diverses provenances. Quoiqu'il en soit de cette question rétrospective, il fallait prendre la malade telle qu'elle se présentait, et je résume ainsi la situation : c'était une femme de constitution moyenne, pas trop débilitée par les premières phases de sa maladie, au matin du onzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu à fièvre forte et à déterminations viscérales constituant un danger immédiat. Que faire ? Fallait-il reprendre par le commencement et à la dose maxima la médication salicylée ? Nous n'en avions pas le droit. Les fluxions viscérales étaient, je le répète, pleinement constituées, et l'expérience a démontré que le salicylate de soude n'a pas de prise sur ces phlegmasies. En outre, à supposer qu'il pût très-bien agir à doses massives, quel devait être en vingt-quatre heures son

effet? De dissiper les phénomènes articulaires déjà atténués, et nous courions le risque d'ajouter au mouvement fluxionnaire viscéral. Nous trouvions enfin des contr'indications absolues dans l'état du cœur qui présentait une endo-péricardite en évolution, et dans l'état des reins révélé par la présence de flots d'albumine dans les urines; cette albumine était trop abondante et trop grise pour être attribuée à la fièvre, c'était une albumine de fluxion rénale.

Fallait-il donner de la quinine? Certainement elle eût rendu service à la malade en modérant l'intensité du mouvement fébrile et en atténuant les douleurs avec moins de risque de les dissiper totalement et brusquement. Mais que pouvait-elle sur les phlegmasies viscérales? Et si elle pouvait quelque chose, ce n'était qu'au bout d'un long temps et le danger était pressant. J'ai eu recours à la médication que j'emploie depuis plusieurs années en semblable circonstance; j'ai administré 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep ordinaire de 130 grammes, sans addition de préparation opiacée d'aucune sorte, car je ne recherche qu'une action évacuante. Cette potion est prise par cuillerées à soupe toutes les heures. Plus ou moins rapidement, selon l'individualité du sujet, surviennent des selles et des vomissements qui se répètent avec une fréquence variable. Pour le soir du même jour, cette médication étant dépressive, je prescrivis une potion cordiale.

Les résultats ont été ce que je viens de dire, et le soir même la température était supérieure de un dixième de degré à celle du matin. Le lendemain, la modification dépassait toute espérance — mais n'imaginez pas qu'il en sera toujours ainsi — il n'y avait plus vestige d'épanchement pleurétique à gauche, et à droite, le souffle et le retentissement vocal avaient disparu, on ne percevait que des râles crépitants plus ou moins gros. Le résultat était si remarquable, sans parler du mieux-être accusé par la malade, que toutes les personnes qui m'entouraient prononçaient le mot de convalescence. Je m'empressai de les détromper et de les avertir que tout allait recommencer, sinon dans la journée, du moins le jour suivant. Et je me fondais pour m'avancer ainsi non-seulement sur les enseignements des faits anologues, mais sur certaines particularités tirées de la malade elle-même: c'est qu'au 12e jour, avec cette amélioration, cette rétrocession des phénomènes viscéraux, la température atteignait 39°4; si nous avions fait justice des premiers effets du processus morbide, le processus était encore en activité. Le lendemain je laissai reposer la malade. Le surlendemain, la fièvre se maintenant à 39° et au dessus, je revins à la charge avec 20 centigrammes de tartre stibié, et j'hésitai d'autant moins à le faire que les phénomènes péricardiaques augmentaient d'étendue et qu'un nouvel épanchement s'était formé dans la plèvre gauche, moins abondant, il est vrai, que le premier, et ne constituant pas un danger aussi pressant. Les douleurs articulaires avaient cessé, je fis appliquer sur les genoux deux larges vésicatoires volants, craignant que dans cette forme de rhumatisme, qui s'était accusée dès le début par la presque totalité des phénomènes viscéraux que le rhumatisme est capable d'engendrer, l'intégrité prématurée des jointures n'exposât à l'explosion des accidents non apparus, je veux dire les manifestations cérébro-spinales.

Cette deuxième intervention a eu le lendemain des résultats aussi favorables que la première; mais le caractère temporaire de ce bénéfice s'accusait par les chiffres de la température. J'ai dû intervenir quatre

fois de la sorte et hier à la dose de 30 centigrammes. Comme au début, le thermomètre marquait 39° le matin, l'épanchement pleurétique gauche était plus abondant, et de nouveau une solidification pneumonique s'était opérée, non plus dans le lobe inférieur, mais dans les lobes supérieur et moyen du côté droit ; les signes d'endocardite étaient les mêmes ; la péricardite s'était généralisée, donnant un bruit d'attrition à trois temps des plus nets.

Toutefois, si les phénomènes étaient sensiblement les mêmes qu'au début, la malade les supportait mieux et son état était moins alarmant. Ce matin, alors que l'effet de la quatrième potion stibiée a été limitée aux vomissements, nous constatons une modification non pas radicale mais encore favorable, en ce sens que si la solidification obstrue le lobe moyen du peumon droit, les deux autres lobes respirent, et que l'épanchement, compliqué à sa partie supérieure de foyers de congestion, a baissé de niveau en même temps que l'intensité du souffle a diminué. La malade est très fatiguée, la main droite est redevenue douloureuse et la pression sur le cou-de-pied est plus sensible ; la température était à 38°4 hier soir et ce matin à 38°2. Ce n'est pas encore la convalescence et nous pourrons croire que le processus est épuisé lorsque la température vespérale sera normale. Nous arriverons, je l'espère, à cet heureux résultat ; dans combien de jours ? Je ne saurais le dire. Des cas de ce genre traités avec toute l'énergie possible peuvent se prolonger 40, 42 ou 45 jours. Je ne pense pourtant pas qu'il en soit ainsi dans le cas actuel, mais il est trop tôt pour se permettre un jugement chronologique.

Ce que j'ai fait à cette malade en poursuivant la médication stibiée jusqu'à la quatrième dose, après un jour de repos chaque fois, je vous engage de toutes mes forces à l'ériger en précepte général. Lorsque vous serez en présence d'un rhumatisme articulaire aigu à phénomènes viscéraux constitués, vous devrez intervenir, comme je l'ai fait, d'emblée avec le tartre stibié à hautes doses, en tenant compte bien entendu de son effet débilitant et en le surveillant. Et cette méthode est applicable, non seulement lorsque les manifestations viscérales se produisent à leur époque, mais aussi dans les cas où elles se développent dans la deuxième moitié du second septenaire, car dans les statistiques générales, on voit que si la plus grande fréquence des phénomènes viscéraux appartient à la première moitié de ce septenaire, la période la plus dangereuse est la seconde moitié. La date ne change pas le pronostic ni par conséquent la conduite à tenir. Mais gardez-vous de vous endormir sur le succès presque infaillible du premier jour, et ne croyez pas à l'effet obtenu. A moins que, par une heureuse circonstance, vous n'ayez le lendemain, matin et soir, une température normale, n'allez pas vous compromettre par un pronostic prématuré.

Peut-on prévoir qu'un rhumatisme articulaire aigu va présenter le caractère viscéral ? Car enfin ce n'est pas l'ordinaire et l'intérêt d'une pareille prévision serait immense au double point de vue du pronostic et du traitement. Dans bon nombre de cas cette éventualité peut être prévue, et j'irai même jusqu'à dire que lorsqu'elle doit se montrer dans le premier septenaire, elle peut toujours être prévue. Quels sont donc les signes indicateurs ? Ils sont de divers ordres ; chacun d'eux vaut pour son compte ; une valeur absolue ne résulte que de leur ensemble. Je mets au premier rang les caractères thermiques de la fièvre : ou

bien le chiffre vespéral oscillant entre 39°8. et 40° est trop élevé, surtout si l'on pense qu'on est au début de la maladie ; ou bien la rémission matinale est trop faible et n'atteint que 0°5 ou 0°6, c'est-à-dire qu'elle n'est pas la moitié de ce qu'elle devrait être. Un autre signe est fourni par le nombre et l'intensité des arthrites. Mais tout cela n'est rien à côté de l'état du sujet. Il suffit d'un coup d'œil pour avoir l'impression que le malade est dans une situation grave : il est anxieux, agité, non du fait des douleurs, mais d'un sentiment d'angoisse intérieure, d'oppression, de constriction épigastrique ; il a la face vultueuse, la respiration haute, suspirieuse ; son état a quelque analogie avec ce que l'on constate au début des fièvres éruptives, et notamment de la variole. Le pouls est dur, plein, concentré ; il n'y a pas de sueurs profuses, à peine une légère moiteur de la peau. Voilà d'après quels indices, selon mon expérience, vous pourrez reconnaître que le malade aura des accidents viscéraux ; si l'ensemble est complet, la prévision est certaine. Le délai dans lequel ils se manifesteront pourra varier, mais en général 24 ou 48 heures ne s'écouleront pas avant leur réalisation. Pendant que vous constatez ces phénomènes, très-souvent l'examen stéthoscopique ne donne aucun résultat ; quelquefois, avec une attention suffisante, vous notez une altération du timbre des bruits cardiaques qui deviennent plus doux, plus prolongés, et dans les poumons, principalement à la base, une respiration dure, rugueuse, presque frottante. Si vous saisissez ces nuances, vos prévisions sont encore plus certaines, car elles sont en train de se réaliser. Alors comme il s'agit de phlegmasies prévues et non constituées, on peut se demander si une intervention immédiate avec le salicylate de soude ne pourra pas empêcher ces manifestations que le caracère du rhumatisme autorise à prévoir. L'expérience est là pour nous répondre. En 1877, j'ai communiqué à l'Académie de médecine cinq observations de rhumatisme dans lesquelles les phénomènes viscéraux, constitués par de l'endo-péricardite avec pneumonie ou pleuro-pneumonie, se sont développés chez les malades soumis au traitement salicylé à hautes doses, depuis 2 jours et demi à 4 jours et demi. Ces malades ont guéri parce que je leur ai administré du tartre stibié, le salicylate de soude, au contraire, donné avec suite et durée, n'avait rien prévenu. Un sixième malade, présentant une endo-péricardite grave survenue depuis 48 heures, bien qu'il prit 8 à 10 grammes de salicylate de soude, a succombé en 24 heures à une encéphalopathie. Je n'ai pas connaissance qu'on puisse compter sur la médication salicylée pour prévenir les manifestations viscérales quand on les prévoit. Lorsque le rhumatisme articulaire aigu présente le caractère viscéral, que les manifestations soient réalisées ou imminentes, j'estime que le médicament souverain est le tartre stibié manié et répété selon les forces du malade et les besoins de la situation, à mesure qu'elle se déroule. Il dirige les fluxions internes et conjure le péril immédiat qui en résulte ; il aboutit dans un certain nombre de cas à la convalescence et à la guérison. Dans d'autres circonstances les choses ne vont pas aussi favorablement ; vous obtenez toujours les effets indiqués sur les fluxions internes, mais le malade conserve les douleurs articulaires et des reliquats des poussées phlegmasiques qu'il a subies ; le caractère viscéral est effacé, la médication stibiée a fait son œuvre, une situation nouvelle est créée. Il est à peine besoin de vous dire que comme toutes les autres médications, elle agit d'autant mieux qu'elle est plus précoce, de là la nécessité d'être toujours à l'affût

de ce caractère viscéral de la maladie. Je termine par un détail qui mérite d'être signalé : depuis que je soumets les rhumatisants à phlegmasies viscérales à ce traitement, c'est-à-dire depuis douze ans, quelle qu'ait été la complexité des cas, je n'ai pas vu une seule fois un épanchement dans le péricarde, je n'ai pas observé un seul fait d'encéphalopathie rhumatismale, ou plutôt, j'en ai vu deux, et les deux malades avaient été traités par le salicylate de soude.—*Praticien.*

Pneumonie des alcooliques.—Clinique de M. Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu.—Au nº 1 de notre salle des hommes, est couché un malade atteint d'une pneumonie du sommet; dans le tiers supérieur du poumon droit, on perçoit tous les signes d'une pneumonie au septième jour, le thermomètre marque 39º.

Il vous paraît peut-être qu'il n'y a là rien qui mérite d'arrêter votre attention. Mais si l'on creuse le malade,—pour éviter de creuser son tombeau—si l'on analyse l'individu, on découvre un fait important, qui donne à la maladie un caractère spécial, et qui présente le plus grand intérêt au double point de vue du pronostic et du traitement ; notre homme est alcoolique. Il répond mal aux questions qui lui sont adressées, son intelligence est affaissée, il a un tremblement considérable ; du reste, il ne nie pas ses habitudes.

Comment faut-il traiter cette pneumonie? par l'expectation ? par les antithermiques ? Ce serait, selon toute probabilité, au grand détriment du malade qu'on s'abstiendrait d'agir, sous prétexte de faire de l'expectation. Je ne voudrais pas affirmer qu'il ne guérirait point par cette méthode de traitement ; mais je la crois dangereuse dans le cas présent, et vous serez certainement de mon avis tout à l'heure. Quant aux antithermiques—et ils ne nous manquent pas, depuis la kairine A jusqu'à la kairine M, sans parler de la résorcine et des autres, on en signale de nouveaux tous les jours—leur emploi serait pour ainsi dire ridicule, puisque la fièvre est modérée et que la température n'atteint que 39º.

Qu'est-ce que la pneumonie chez un alcoolique ? Est-ce simplement une inflammation du poumon survenue chez un individu qui boit? L'intoxication alcoolique n'exerce-t-elle pas une influence sur la pneumonie elle-même ? Il n'en faut pas douter, et quand vous rencontrerez de par le monde une pneumonie, défiez-vous ; n'omettez jamais de prendre des renseignements sur votre malade, quelle que soit sa position sociale, de demander s'il n'est pas un peu buveur, car dans tous les mondes on boit, cognac des meilleures marques ou vulnéraire suisse nº 2.

Je fus appelé, il y a plusieurs années, auprès d'un personnage considérable, un des premiers fonctionnaires du gouvernement. Il était atteint de pneumonie et avait un violent délire. Son médecin avait porté le diagnostic de pneumonie du sommet, par la raison que dans cette pneumonie le délire est le plus fréquent.

Il saignait son malade, car on saignait encore à cette époque, et administrait des antispasmodiques. Vous savez ce que je pense de toutes ces drogues, de cette odieuse parfumerie médicale, quand ce n'est pas un ramassis d'odeurs infectes, telles que les donne l'herbe aux chats ou l'assa-fœtida chère au Roi-Soleil. Ce délire m'inspira des soupçons, j'en recherchai la nature et je questionnai l'entourage

du malade. J'appris qu'il était en proie aux terreurs les plus vives, qu'il avait peur d'être assassiné par ses ennemis et qu'il croyait voir des rats, des souris et d'autres petits animaux courir sur son lit. Or, vous savez que les hallucinations de ce genre constituent un des caractères les plus précis du délire alcoolique.

J'étais fixé; néanmoins je m'adressai à la femme de ce haut personnage pour obtenir confirmation de ce que je venais d'apprendre: elle me répondit négativement, protestant que son mari était bien trop vertueux pour être ivrogne. Mais la sœur m'avoua qu'en effet son frère buvait. Grâce à cette indication, je pus instituer un traitement spécial: le traitement par l'alcool à doses modérées et par l'opium—on ne connaissait pas encore les piqûres de morphine,—et le malade guérit.

Il y a trois semaines, un de mes clients, homme des plus honorables, me demanda en consultation auprès de sa mère. Le médecin traitant avait parfaitement reconnu la nature de l'affection: il s'agissait, comme aujourd'hui, d'une pneumonie du sommet avec délire alcoolique. Cette brave dame avait coutume d'absorber chaque jour huit à dix petits verres de liqueurs diverses qu'elle se faisait apporter de chez le marchand de vins voisin.

Dans ce cas encore, les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, l'alcool administré modérément, amenèrent la guérison. Mon très regretté collègue et ami Lasègue disait que le délire alcoolique est un rêve; il faut faire sortir le malade de ce mauvais rêve: la morphine remplit l'indication.

Vous le voyez, ces pneumonies commandent une thérapeutique particulière; il faut agir, et l'expectation qui peut trouver sa place dans une pneumonie simple, n'est pas de mise en ces circonstances. J'ai donc ordonné l'alcool et la morphine à notre malade; il ne présente pas de délire, mais il a le tremblement et l'abrutissement intellectuel de l'alcoolisme.

Sa pneumonie existe-t-elle sous l'influence de l'intoxication alcoolique? C'est possible. Quoi qu'il en soit, il est parfaitement démontré que les pneumonies sont plus graves chez les ivrognes, et ce n'est pas d'aujourd'hui que cet influence nocive de l'acoolisme est constatée. Un médecin éminent qui vivait au siècle dernier, Van Swieten, dans ses commentaires sur les aphorismes de Boerhaave, dit formellement: Gardez-vous de saigner un malade atteint de pneumonie, s'il est alcoolique; au contraire, donnez-lui du vin. Tous les grands cliniciens, et je citerai Chomel, Grisolle, ont reconnu cette gravité singulière que la pneumonie semble emprunter à l'alcoolisme.

Je crois que notre homme guérira, parce que nous avons tenu compte de cette importante donnée étiologique pour instituer le traitement.—*Le Praticien.*

Du traitement de l'alcoolisme par la strychnine, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.—Quoique Giacomini ait signalé depuis longtemps l'antagonisme physiologique qui existerait entre l'alcool et la plupart des poisons, quoique Magnus Huss ait appliqué à la cure de certains phénomènes de l'alcoolisme la strychnine, c'est à Luton (de Reims) que l'on doit la véritable formule du traitement par cet alcaloïde. Luton a considéré la strychnine comme le médicament de l'al-

coolisme et il l'a appliquée au traitement de toutes les périodes de l'alcoolisme, et en particulier à la cure du *delirium tremens*; il n'hésite pas à donner des doses considérables de strychnine, et c'est ainsi qu'il fait dans les cas de *delirium tremens* deux à trois injections par jour de gr. $\frac{1}{10}$ de sulfate de strychnine ; à l'intérieur il administre dans les vingt-quatre heures gr. $\frac{3}{5}$ de sulfate de strychnine en doses fractionnées ou bien 4 grains d'extrait de noix vomique, ou bien encore $2\frac{1}{2}$ drachmes de teinture.

Luton va encore plus loin dans cette voie, et il veut que la strychnine soit employée à titre préventif, et que dans les liqueurs, telles que l'absinthe, le bitter, etc., on introduise une certaine quantité de strychnine. L'Etat, selon lui, devrait autoriser ces mélanges, qui éviteraient ainsi les effets désastreux de l'alcoolisme.

A l'appui de la thèse soutenue par Luton, on peut citer un grand nombre d'observations où l'on voit disparaître chez l'homme les manifestations de l'alcoolisme sous l'influence de la strychnine, et l'un des faits les plus curieux à cet égard est celui qu'un médecin américain, Morey, a signalé, et, dans lequel nous voyons un ivrogne faire cesser journellement les effets de l'alcool, quelles que soient les doses administrées, en prenant à doses massives le sulfate de strychnine.

Ce sont ces faits que j'ai repris à mon tour, et voici à quels résultats je suis arrivé : constatons tout d'abord que les alcooliques présentent une résistance très considérable à l'action toxique des médicaments. C'est là un fait connu depuis longtemps, et l'on sait que l'on peut administrer dans le *delirium tremens* des doses considérables d'opium et de digitale sans déterminer des phénomènes toxiques. J'ai récemment insisté sur ce point dans mes leçons de clinique thérapeutique et j'en ai donné l'explication suivante : pour qu'un médicament produise son effet thérapeutique ou son action toxique, il est nécessaire qu'il aille impressionner certaines parties de l'axe cérébro-spinal, mais cette impression n'est possible que si l'élément nerveux est libre de toute imprégnation antérieure.

L'expérience faite par Claude Bernard et Paul Thénard est à cet égard des plus démonstratives. Vous prenez un lapin, vous le soumettez aux vapeurs d'éther ; une fois qu'il est endormi, vous lui injectez de l'acide prussique à dose toxique ; tant que l'animal sera sous l'influence du sommeil anesthésique, les effets de l'acide prussique ne se produiront pas, mais si l'on vient à faire cesser les inhalations éthérées, au moment du réveil, l'animal sera foudroyé par l'acide prussique. Ici l'imprégnation des cellules cérébrales par l'éther s'est opposée à l'action de l'acide cyanhydrique.

Chez l'alcoolique, nous trouvons les mêmes conditions d'expérimentation ; chez lui, en effet, l'axe cérébro-spinal et surtout le cerveau, est imprégné par l'alcool, et j'ai autrefois, à propos d'un cas d'alcoolisme aigu, démontré la présence de l'alcool en nature dans le cerveau d'un homme qui avait succombé à la suite de l'ingestion de 1 litre d'eau-de-vie de marc. Ces cellules ainsi imprégnées par l'alcool s'opposent donc, dans une certaine limite, aux effets médicamenteux et toxiques des substances administrées aux alcooliques.

Quant à l'action de la strychnine dans les cas de *delirium tremens*, elle est des plus certaines et des plus favorables ; depuis la communication de Luton, j'y ai eu maintes fois recours dans mon service de

l'hôpital Saint-Antoine, et j'en ai toujours obtenu de bons effets. J'administre le sulfate de strychnine en injections sous-cutanées, et je débute, comme Luton, par une dose de gr. $\frac{1}{6}$ que je renouvelle cinq heures après ; quelquefois même, si les accidents persistent, j'en fais une troisième avant la fin des vingt-quatre heures.

Au point de vue expérimental, Luton a encore parfaitement raison, et les expériences que j'ai faites sur le lapin et le chien démontrent d'une façon évidente qu'il existe, dans de certaines limites, bien entendu, un antagonisme réel entre l'empoisonnement par l'alcool et celui par la strychnine, et réciproquement. A cet égard, je ne puis adopter l'opinion soutenue par Raphaël Dubois, qui a considéré cet antagonisme comme illusoire. Ainsi donc il me paraît établi, au point de vue clinique et thérapeutique, que la strychnine agit favorablement sur les manifestations toxiques de l'alcool. Cette action favorable porte-t-elle sur toutes les manifestations de l'alcoolisme ou bien, au contraire, ne s'adresse-t-elle qu'à quelques-unes de ses manifestations ? Si l'on en croit Luton, la strychnine s'adresserait à toutes les manifestations, ce serait, comme il le dit, le *médicament de l'alcoolisme*. Il va même jusqu'à proposer d'introduire la strychnine dans la plupart de nos breuvages alcooliques pour en diminuer les effets nuisibles, et il demande que cette sophistication reçoive l'appui du gouvernement. Je ne puis admettre cette manière de voir, la strychnine ne s'adresse qu'à une seule des manifestations de l'intoxication alcoolique, celle qui résulte de l'imprégnation de certains éléments du système nerveux par l'alcool.

Nous ignorons le pourquoi de cette action, mais comme nous savons que la strychnine agit elle-même sur les éléments cellulaires de l'axe cérébro-spinal, il est probable que c'est dans la cellule nerveuse elle-même que se produit cet antagonisme de l'alcool et de la strychnine, mais les manifestations nerveuses, qu'il s'agisse d'ivresse simple ou de délires actifs, ne sont qu'un des phénomènes de l'empoisonnement par l'alcool, et la strychnine ne pourra s'opposer ni aux inflammations du foie, ni aux modifications de la muqueuse intestinale, ni aux troubles apportés au liquide sanguin, ni aux athéromes des artères, ni même aux inflammations des méninges, symptômes qui résultent tous de l'action irritante locale de l'alcool. C'est l'ensemble de ses lésions qui constitue véritablement l'alcoolisme, et l'on comprend facilement comment la strychnine ne peut y porter aucun remède.

C'est même grâce à cette strychnine, qui permet de donner à des animaux comme les chiens des doses considérables d'alcool sans provoquer la mort, que l'on peut développer chez eux tous les symptômes de la gastrite ulcéreuse des buveurs, et M. Jaillet, dans sa thèse, doit signaler les curieuses expériences qu'il a faites à cet égard.

Ainsi donc, la strychnine doit rester, non pas comme le médicament de l'alcoolisme, mais comme celui qui combat le mieux les manifestations nerveuses de cet alcoolisme, l'ivresse et le *delirium tremens*. Cette strychnine peut, peut-être, permettre de boire beaucoup d'alcool sans s'enivrer, elle combat certainement très activement le délire actif des buveurs, mais elle ne s'oppose pas aux altérations graves des différents viscères dont l'ensemble constitue le fait capital de l'empoisonnement par l'alcool, et si l'on adoptait les idées de Luton, on augmenterait ces désordres, puisque l'on permettrait à l'homme de boire sans ivresse

apparente des quantités considérables d'alcool. La strychnine doit donc rester dans la thérapeutique comme un moyen puissant de combattre le *delirium tremens*, mais nullement l'alcoolisme, tel qu'on doit le comprendre aujourd'hui.—*Bulletin de thérapeutique.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la suture osseuse dans les fractures de la rotule.—*Société de Chirurgie* de Paris (1).—M. LARGER présente un malade qui a été atteint quatre fois de fracture de la rotule et qui marche très bien. En 1846, pour la première fois, il se fit une fracture transversale de la rotule droite, dont il guérit dans l'appareil de Boyer; quatre mois après, le cal se rompit, nouvelle guérison; en 1860, nouvelle fracture transversale de la rotule gauche, guérison; enfin quatrième fracture. Aujourd'hui, ce malade présente du côté droit un écartement de 3 centimètres et du côté gauche un écartement de plus de 12 centimètres, ce qui ne l'empêche pas de marcher très bien, de monter les escaliers, de vaquer à toutes ses occupations. S'il marche aussi bien, c'est, pense M. Larger, parce qu'il n'a jamais eu d'arthrite et que ses muscles sont intacts. L'impotence fonctionnelle du membre dans les fractures de la rotule ne dépend, selon lui, que très faiblement de l'écartement. Les vraies causes de cette impotence sont l'arthrite et l'atrophie musculaire.

En même temps que ce malade, M. Larger en observe un autre qui a une fracture de la rotule datant de deux ans; mais c'est un arthritique, et, dès les premiers jours, M. Larger a porté un pronostic défavorable. En effet, ce malade, bien qu'ayant très peu d'écartement, marche très mal parce que son triceps est atrophié.

M. LE FORT veut ajouter sa protestation à celle qu'à faite M. Verneuil dans la dernière séance. Il trouve que la Société de chirurgie n'a pas repoussé assez énergiquement l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule. C'est l'honneur de la chirurgie française que d'agir avec sagesse, que d'avoir par-dessus tout, le respect de la vie des autres. Or, il serait véritablement fâcheux qu'on put croire que notre chirurgie s'écarte aujourd'hui de cette voie de la sagesse et de la prudence, pour suivre certaine chirurgie étrangère dans ses hardiesses et ses exagérations. Comment, en effet, ose-t-on venir proposer l'ouverture de l'articulation pour guérir une fracture de la rotule? Depuis quand peut-il sembler rationnel de changer une fracture simple en une fracture compliquée de plaie pour la guérir plus aisément? Comment, enfin, peut-on venir proposer d'ouvrir une articulation pour appliquer la suture osseuse de la rotule? Il semble qu'on ait oublié tout ce qu'on savait sur le traitement des fractures de la rotule, sur leur guérison avec cal fibreux ou même avec écartement plus ou moins considérable des fragments. Etant au Bureau central, M. Le Fort se rappelle avoir vu dans le service de Jobert (de Lamballe) un malade qui avait une fracture de la rotule avec écartement tel que le fragment supérieur se trouvait dans le milieu de la cuisse; or, cet homme était essayeur de chevaux au marché aux chevaux. C'est dire qu'il marchait et courait

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de février.

parfaitement bien; le malade présenté par M. Larger est également très intéressant à ce point de vue.

En résumé, M. Le Fort n'accepte pas l'arthrotomie dans le traitement de la fracture de la rotule. La griffe de Malgaigne elle-même peut, selon lui, avoir ses dangers. Depuis trente ans qu'il exerce, il déclare n'avoir pas vu un seul cas où il pût paraître indiqué de pratiquer cette opération. Il fait observer, en terminant, qu'une statistique qui donne trois morts et une amputation de cuisse sur 44 cas n'est pas faite pour engager les chirurgiens à y recourir.

M. Richelot dit qu'il y a, dans cette question, une considération dont on n'a pas suffisamment tenu compte, c'est le plus ou moins de conservation des diverses parties du triceps; peu importe, par exemple, que la partie inférieure du droit antérieur ait perdu son insertion, pourvu que les parties latérales du triceps, le vaste externe et le vaste interne aient conservé les leurs avec le fragment inférieur.

Pour en venir aux six observations de M. Lister, étant admis que tous ses malades ont parfaitement marché après l'opération réussie, M. Richelot affirme que c'est parce qu'ils avaient leur triceps. S'ils n'avaient pas leur triceps, ils ne marcheraient pas. Il affirme de même que ceux qui ne marchent pas après l'opération réussie, n'avaient pas leur triceps intact. Il y a donc deux séries de faits en présence: dans les uns, après l'opération réussie les malades marchent bien, parce qu'ils ont leur triceps; dans les autres, l'opération ayant également réussie, les malades marchent mal, parce qu'ils n'ont pas de triceps. La conclusion de ces faits est facile à tirer, c'est qu'il y a un élément qui s'impose pour le résultat fonctionnel: l'état du triceps. Or, ceux qui ont un bon triceps après l'opération l'avaient également atrophié avant. Dans le premier cas, on est donc autorisé à demander de quelle utilité a été l'opération. Dans le second, il était indiqué d'électriser le triceps avant d'opérer.

Si, le triceps étant conservé, il y a impotence fonctionnelle absolue, c'est que celle-ci est due à une autre cause; alors seulement on est autorisé à intervenir chirurgicalement; mais, s'il y a en même temps atrophie du triceps et écartement des fragments, il faut électriser le triceps avant d'ouvrir l'articulation. Dans la grande majorité des cas cela suffira, car c'est l'atrophie du triceps qui est le plus souvent la cause déterminante de la gêne fonctionnelle.

M. Desprès s'associe à la protestation de M. Le Fort. Les partisans enthousiastes de l'arthrotomie dans le traitement des fractures de la rotule s'exposent, selon lui, à commettre un meurtre sur leurs semblables. Sur environ 20 cas de fractures de la rotule qu'il a eu à traiter, il déclare n'en avoir pas rencontré un seul où l'arthrotomie parût indiquée; la plupart de ces malades ont parfaitement guéri avec des écartements de 2, 3 ou 4 centimètres, sans infirmité apparente. Quand on peut obtenir de pareils résultats sans faire courir aucun danger aux malades, il est véritablement insensé de songer à recourir à une opération qui peut être mortelle, et qui l'a été 3 fois sur 44.

M. Desprès cite un cas où il a obtenu un cal osseux. Il déclare n'avoir jamais vu un malade dans l'état de celui qui vient d'être présenté. Il cite plusieurs faits de guérison de fractures de la rotule obtenue par l'application de simples appareils.

M. Labbé pense que l'arthrotomie antiseptique mérite certainement

l'attention des chirurgiens ; mais il est d'avis que, chaque fois qu'on fait courir des dangers aux malades, il faut avoir de grands avantages. Or, il résulte de la pratique déjà longue de plusieurs d'entre nous que les malades atteints de fracture de la rotule ne se trouvent pas dans des conditions tellement désastreuses qu'on soit autorisé à tenter chez eux une opération dangereuse. Lorsqu'on les traite avec tout le soin désirable par les moyens ordinaires, on arrive à des résultats favorables, malgré l'écartement des fragments et avec un cal fibreux.

Lorsqu'on est appelé presque immédiatement après l'accident, il y a avantage à pratiquer l'évacuation du sang épanché dans l'articulation par une simple ponction, en s'entourant de toutes les précautions désirables.

M. Labbé est complètement de l'avis de M. Richelot sur le rôle capital du triceps dans le résultat fonctionnel.

En résumé, il ne repousse pas d'une façon absolue l'arthrotomie antiseptique pratiquée avec toutes les précautions désirables ; mais 3 décès sur 44 cas sont bien faits pour arrêter la main d'un chirurgien prudent et il paraît difficile de consentir à exposer un malade à un pareil danger pour le guérir d'une lésion qui, par elle-même, ne menaçait en aucune façon sa vie.

M. Trélat rappelle qu'il a été dit, dans cette discussion, que certains malades s'étaient fracturés une seconde fois et une troisième fois la rotule parce qu'ils marchaient mal. Ce n'est pas là une question de marche défectueuse mais bien une question de constitution. Les gens qui se rompent ainsi la rotule ont des os disproportionnés avec leurs muscles.

M. Trélat se déclare aujourd'hui partisan des ponctions des articulations, qu'en 1871 il considérait comme redoutables et dangereuses. Depuis qu'on a trouvé le moyen que la pénétration dans un foyer sanguin ne soit plus septique, ses opinions ont complètement changé, et depuis quelques années déjà il n'hésite pas à ponctionner toutes les articulations trop pleines, trop distendues. Quelle que soit la distension, il est très rare qu'un genou contienne plus de 40 à 80 grammes de liquide. M. Trélat est convaincu que cette distension est un obstacle au rapprochement des fragments ; c'est pourquoi il a recours à la ponction.

Que ce soit la non conservation des ligaments latéraux de la rotule, que ce soit l'écartement des fragments, que ce soit la paralysie ou l'atrophie musculaire qui soit le point de départ de la gêne fonctionnelle, quand un individu vient de rompre la rotule, bien malin est le chirurgien qui portera d'emblée le pronostic définitif. Il n'est donc pas possible de trouver dans les fractures récentes de la rotule une indication quelconque de l'arthrotomie immédiate. Etant admis même que c'est une opération innocente, sans danger, pratiquée dans certaines conditions aujourd'hui connues, à quoi bon y recourir, puisque vous ne pouvez savoir ce qui va arriver et que c'est peut-être à rien que vous allez porter remède ?

M. Trélat tiendrait un tout autre langage pour l'opération tardive qu'il déclare ne pas repousser d'une façon absolue—*Union médicale.*

Fistules à l'anus.—Clinique de M. Trelat à l'hôpital Necker.—Le malade que voici a été opéré il y a quelques jours. C'est un vigoureux matelot de 35 ans qui a eu, en mars 1883, un abcès pour lequel il est

entré dans un hôpital des environs de Paris. Deux mois après l'ouverture de l'abcès, qui fut fait le 10 mars, on eut recours à la ligature élastique et en juillet, à la suite d'une nouvelle ligature, le malade fatigué quitte l'hôpital. Il ne va pas mieux, et se décide à entrer à Necker le 5 décembre; nous l'examinons, et nous lui trouvons des décollements qui font le tour entier de l'anus. Il nous a fallu ouvrir tous ces décollements et, par suite de cette opération, la peau de l'anus est complètement isolée de toutes les parties voisines. Elle fuit vers le rectum et il reste un fossé profond, qui a le rectum pour paroi interne, et pour paroi externe la peau de la fesse. Je crains que ce clapier ne se creuse et chaque jour je ne manque pas de dire à l'externe, chargé du pansement, de bien faire attention afin que nous n'ayons pas un phlegmon du bassin.

Ceci dit, passons maintenant à l'étude des fistules et notons, en premier lieu, qu'on observe rarement à l'anus les fistules que j'appelle fistules de la région anale. Ces fistules, d'origine tuberculeuse, osseuse ou urinaire, sont une exception comparativement aux fistules à l'anus. Le stylet marche vers le bassin, vers les os, mais ne vient jamais aboutir dans le rectum. Reste un autre chapitre, celui des abcès tubéreux, qu'il faut aussi éliminer. Ces abcès de la peau, situés en avant du feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale, sont tellement douloureux, qu'ils forcent le malade à se tenir couché. Si on les ouvre, ils guérissent intégralement; et, si on agit de même avec les autres, c'est-à-dire avec ceux qui sont situés plus profondément que l'aponévrose périnéale superficielle et qui, non ouverts d'une façon spéciale, deviennent fistules, on commet une erreur qui peut être très préjudiciable aux malades.

Nous usons tous de ces mots fistules borgnes et fistules complètes. Il y a entre ces deux expressions la même différence qu'entre un enfant et un adulte, c'est-à-dire une différence de temps. Toute fistule complète en effet a commencé par être une fistule borgne: soit externe, résultat de phlegmon ou d'abcès qui s'ouvrent spontanément ou qu'on ouvre à l'extérieur, qui se creusent un chemin à l'intérieur et qui arrivent à constituer la fistule complète; soit interne qui ne se révèle pas tout de suite. Le malade, dans ce dernier cas, est gêné et éprouve quelques douleurs. On fait le diagnostic de tumeur et on arrive enfin un jour à la sentir, au moyen du toucher rectal combiné à la palpation de la peau avec l'autre main. Si on endort le malade et si, après avoir passé le spéculum, on introduit un stylet dans l'orifice intestinal, on arrive à préciser son diagnostic de fistule borgne interne qui résulte: soit de piqûres rectales produites par une arête, un os...; soit de petites ulcérations qui ne se laissent apprécier que par une recherche délicate. Dites-vous donc bien, et cela ne s'écrit pas, que toute fistule commence par être borgne: le plus souvent borgne externe, qui se développe à la bonne franquette, et, dans quelques cas, borgne interne, qui est insidieuse.

Ces fistules ont une étendue et des sièges infiniment variables. Entre ces petites fistules, qui occupent la marge anale, et ces décollements complets et très étendus, tout est variable. Je n'insiste pas là-dessus et j'arrive au traitement, pour n'en dire que quelques mots, mais ces quelques mots sont indispensables.

Il y a deux règles qui, bien classées, suffisent de la manière la plus

rapide pour guérir les abcès, phlegmons et fistules à l'anus consécutives. La première, dont je ne suis pas l'inventeur, mais l'adepte, est que chaque fois que vous êtes en présence d'un abcès de la marge de l'anus que vous venez d'ouvrir ou qui s'est ouvert tout seul, il faut, avec un stylet, voir jusqu'où monte le décollement et diviser la paroi rectale dans toute la hauteur. Tout le monde sait cela, mais jamais on ne le fait. On laisse l'abcès, il se fait des diverticules, des prolongements et au bout de 3 ou 4 ans tout est à recommencer. Ceci est tellement vrai, qu'en face d'un abcès, le chirurgien noue une serviette autour de son cou, relève ses manches, donne un coup de bistouri, reçoit un flot de pus dans la figure, ne divise pas son rectum dans toute la hauteur du décollement et espère, en voyant son malade aller très bien, qu'il va guérir. Ce principe n'admet pas d'exceptions, si ce n'est cependant au point de vue du commerce pur, où il est mauvais, parce que vous guérissez votre malade d'un seul coup.

Supposons maintenant que le malade ne vous a rien demandé et qu'il vous arrive avec une fistule. Je ne dirai rien du traitement médical. Il y a quelques rares individus qui ont guéri avec l'onguent de la mère, ou l'onguent populeum..... Cela est vrai, mais combien de sottises ferez-vous avant de découvrir ce merle blanc ou ce merle bleu. J'en ferai autant pour l'anse élastique et pour le galvano-cautère. Toutes ces méthodes, qui ont eu leur temps, ont un défaut. Quand vous avez sectionné le pont, il faudrait repasser votre anse dans les clapiers. C'est faisable, mais très long. Reste la ligature élastique préconisée pour certains cas par M. Duplay. Elle consiste à passer un fil en caoutchouc, à le nouer et à le serrer autour du pont fistuleux. Ce moyen est extrêmement douloureux et procure aux malades 5 ou 6 jours de souffrances. Un autre procédé a été inventé. On passe un tube de caoutchouc, qu'on ne serre pas et qu'on laisse pendre, comme un anneau dans le nez d'un cochon, pendant quelques mois. C'est un peu long, surtout pour les dames, et il ne faut employer cette méthode, dite de douceur, que lorsqu'on a affaire à de petites fistules et à des gens pusillanimes.

Passons maintenant au deuxième principe, qui est le suivant: quand on est en présence d'une fistule à l'anus, il faut faire le diagnostic de la fistule, de ses diverticules et de ses orifices. Pour cela, il faut amadouer son malade et le ramener à l'insensibilité volontaire. Lorsque ce diagnostic a été rigoureusement fait, l'indication sera remplie par un instrument quelconque, pourvu que vous arriviez à ouvrir toutes les fistules et à mettre à nu tous les clapiers. Le praticien s'ingéniera à être le plus économe possible d'incisions et quand il aura tout découvert, il se servira d'une curette pour modifier les fausses membranes ou, ce qui est préférable, il emploiera le thermo-cautère. Quand vous aurez fait cela, ajoutez-y que ces guérisons sont très longues et qu'elles demandent à être surveillées, parce qu'il se fait souvent des clapiers superficiels qu'il faut combattre par des bourrelets trempés dans des solutions antiseptiques.

Tout le secret de cette thérapeutique consiste donc à tout fendre avec des instruments appropriés à la circonstance. Avec ce fil d'Ariane à deux bouts, je vous affirme que vous arriverez à guérir les fistules, excepté les fistules tuberculeuses, qui surviennent chez des malades dont la santé est délabrée, et que vous n'entendrez pas dire que les traitements échouent.—*Praticien.*

Traitement de l'amygdalite aiguë.—Le traitement de l'amygdalite a été discuté assez longuement en ces derniers temps dans les journaux de médecine, et plusieurs remèdes ont été préconisés, à titre de spécifiques, contre cette fréquente et douloureuse maladie. Ainsi, par exemple, un correspondant du *Medical News* traite la tonsillite au moyen d'applications de bicarbonate de soude et prétend qu'il faut très rarement plus de trois applications pour amener une guérison, même dans les cas graves. Il n'y a pas de doute qu'un léger alcali, tel que le bicarbonate de soude, est très adoucissant pour les surfaces enflammées avec lesquelles il vient en contact, aussi est-il employé par un grand nombre dans le traitement des brûlures, mais d'après mon expérience, il n'est qu'un palliatif adoucissant, et dans beaucoup de cas, malgre son emploi, la maladie passe à la suppuration.

Il en est de même des gommes-résines récemment vantées contre cette affection. Je n'ai rien trouvé d'aussi utile, dans ces cas, qu'une solution concentrée de nitrate d'argent (de 60 à 120 grains à l'once) appliquée sur les amygdales au moyen d'un pinceau; si le remède est employé au début, les symptômes cèdent presque invariablement au bout de quelques heures. Mais si l'inflammation dure déjà depuis un jour ou deux, la solution argentique ne jugulera pas la maladie, mais, dans la plupart des cas, elle empêchera la suppuration. Il est singulier de voir avec quelle régularité certains sujets prennent une amygdalite durant l'hiver. J'ai, pour ma part, observé bon nombre de cas chez lesquels la tonsillite se montrait régulièrement toutes les six semaines. Dans cette occurrence, il vaut mieux avoir recours à l'ablation des amygdales, (qui sont alors toujours plus ou moins hypertrophiées) soit au moyen du tonsillotome, soit, si la glande est trop petite, au moyen de quelques incisions au thermo-cautère.—Dr. Carl SEILER, in *Philadelphia Medical Times.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la couveuse pour enfants (1).—Extrait d'une monographie du Dr A. AUVARD, interne à la Maternité de Paris.

Soins à donner à l'enfant pendant son séjour dans la couveuse.—La question de l'alimentation de l'enfant placé dans la couveuse est une des plus importantes, car elle contribue pour une large part à sauver la vie de ce nouveau-né.

A la Maternité, on agit en général de la façon suivante : tout enfant assez robuste pour prendre le sein est confié à une nourrice. Car la mère étant placée dans des salles éloignées de la couveuse, il y a obstacle matériel à ce que l'enfant soit transporté auprès d'elle à chaque tétée. Les exceptions, telles que celle où la mère est syphilitique, se devinent facilement.

Quand l'enfant est faible, qu'il est né bien avant terme, et, par conquent, incapable de prendre le sein, on le nourrit avec du lait d'ânesse : c'est l'aliment le plus léger, se rapprochant le plus du lait maternel et le mieux supporté. Ce lait est donné pur à la cuiller ou au verre, tout biberon étant proscrit à la Maternité.

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de février.

Pour ses repas l'enfant est sorti de la couveuse qu'on a le soin de refermer aussitôt, sutout s'il y en a un second, ainsi que c'est le cas habituel dans celle que nous venons de décrire. Pendant la durée du repas, l'enfant emmaillotté, reste exposé à la température de la salle. Aussitôt après, à moins qu'il n'y ait lieu de lui faire une toilette, il est remis dans l'appareil. Les repas ont lieu toutes les deux ou trois heures.

Les vêtements du nouveau-né enfermé dans la couveuse ne diffèrent pas de ceux des autres nourrissons. Les couches sont changées cinq à six fois par jour, plus souvent s'il y a de l'érythème. On donne aussi en géneral un bain quotidien.

Les changements de vêtements se font dans la salle, à la température ordinaire; les enfants quoique sortant de la couveuse ne semblent pas plus impressionnables que les autres. Ces sorties, alors qu'elles sont discrètes et peu prolongées, ne semblent exercer une influence fâcheuse.

Nous trouvons dans l'ouvrage du Dr J. W. Edwards, traitant de l'influence des agents physiques sur la vie, l'explication scientifique de l'innocuité de ces sorties hors de la couveuse.

L'auteur ayant soumis une série de jeunes animaux à des températures basses pendant des séances successives plus ou moins espacées, et dans l'intervalle desquelles on laissait les sujets se réchauffer, a observé que plus ces séances étaient répétées, moins l'animal devenait apte à y résister, et que si, par exemple, on prenait deux animaux et qu'on les soumît en même temps au froid, l'un pour la première fois, l'autre pour la cinquième ou sixième, on verrait ce dernier présenter une résistance beaucoup moindre et mourir plus rapidement.

Faisant la contre-partie de l'expérience précédente, Edwards arrive aux conclusions suivantes: "Après un refroidissement capable de diminuer la production de la chaleur, le séjour dans une température élevée favorise le rétablissement de cette faculté; car en exposant les animaux à de nouveaux refroidissements, leur température baissera d'autant moins vite qu'ils auront été exposés plus longtemps à la chaleur.

"Il s'ensuit que l'effet de l'application d'une chaleur convenable se prolonge après la cessation de la cause... On voit par là que lorsqu'on est dans le cas d'être souvent exposé à un froid très vif, on se dispose mieux à le supporter en se procurant dans les intervalles une forte chaleur."

Ces faits montrent que le nouveau-né, sortant de la couveuse, doit supporter beaucoup mieux l'exposition à la température extérieure que celui qui sort de son berceau.

Les enfants sont placés en maillots dans la couveuse. Vu le degré de chaleur dans lequel ils y vivent, on aurait pu penser à les laisser nus, les plongeant ainsi dans un bain d'air présentant un point de vue de la température quelque analogie avec le bain amniotique de la vie intra-utérine. Il semble cependant préférable de laisser les enfants vêtus, pour les deux raisons que voici : la première pour éviter qu'à chaque sortie on ne soit obligé de les habiller; la seconde nous a été fournie par l'expérience suivante: en plaçant un thermomètre à minima dans les vêtements autour du tronc, et assez loin du contact de la peau, la couveuse étant à 30° cent., le thermomètre indiqua 32 à 33°. Il y a donc dans les vêtements une couche d'air plus chaude que celle de la couveuse, couche d'air dont le degré de la température se rap-

proche de celui du corps. En enlevant les vêtements on détruirait cette couche isolante intermédiaire et la couveuse étant à 30°, on exposerait l'enfant à un froid relatif.

Résultats cliniques et statistiques fournis par les couveuses de la Maternité.—Le nombre des enfants ayant passé par l'appareil, depuis son installation jusqu'à la moitié de juillet 1883, a été de 151. Le tableau suivant indique sommairement la maladie qui a nécessité l'emploi de la couveuse.

	Total.	Vivants.	Morts.
Enfants avant terme	93	62	31
Faiblesse	6	4	2
Cyanose	5	5	0
Œdème	25	21	4
Gêne respiratoire	5	2	3
Mort apparente	4	3	1
Athrepsie	3	1	2
Syphilis	4	4	0
Opération obstétricale	2	2	0
Fracture	1	1	0
Vice de conformation	3	0	3
Totaux	151	105	46

C'est surtout pour les enfants nés avant terme ou pour ceux qui, nés à terme, présentaient un état de faiblesse alarmant que la couveuse avait été installée à la Maternité. Aussi ne devons nous pas être étonnés de voir figurer dans cette catégorie la grande majorité des cas consignés dans notte tableau.

Il ne sera ici question que des enfants ne présentant aucun autre état pathologique que leur naissance avant terme ou leur faiblesse congénitale.

Tous ceux qui, tout en se trouvant dans les conditions précédentes, étaient atteints d'une autre maladie, seront signalés à propos de cette dernière affection.

Pour apprécier le terme des enfants, on s'est servi de tous les éléments pouvant éclairer la question et particulièrement de l'époque de la dernière menstruation. On compte en général à la Maternité le terme de la grossesse en supposant que la femme est devenue enceinte environ cinq jours après la fin de la dernière époque des règles. On comprend toutefois combien il est difficile de fixer avec précision le terme en question ; aussi, est-ce en général au poids de l'enfant, qui fournit une donnée précise en elle-même, que nous préférons avoir recours dans notre étude, sans nous dissimuler qu'il est impossible de fixer le terme de la grossesse d'après ce renseignement. Ces enfants, nés de six à huit mois et demi et qui ont été placés dans la couveuse simplement à cause de leur naissance prématurée, sont au nombre de 93 ; 31 sont morts et 62 sont sortis vivants.

Grâce à ce moyen, on a pu permettre à des enfants nés avant terme, et pesant comme minimum, 1,400 grammes, de vivre, ce qui, vu les mauvaises conditions où ils se trouvent dans une Maternité, constitue un résultat très satisfaisant et dépassant ce qu'on est habitué à obtenir en pareille circonstance.

On objectera à ce chiffre qu'on a vu des nouveau-nés de 1,350 gr., 1,300 et même 1,100 grammes, pouvoir être élevés sans l'aide de la couveuse. Nous trouvons pareils faits mentionnés par M. Pinard dans

son article Fœtus du Dictionnaire Dechambre (page 528). Nous répondrons simplement que ce sont là de très rares exceptions citées à titre de curiosité; nous ne doutons pas qu'avec les progrès que l'on fera dans l'emploi de la couveuse pour les enfants nés avant terme, on arrive à élever facilement ces mêmes enfants de 1,400, 1,300 et 1,100 grammes et que les exemples cités plus haut à titre d'exception deviennent communs, grâce à cette nouvelle méthode.

Il est d'ailleurs bien probable qu'avant l'emploi de la couveuse, ces enfants avaient été placés dans des conditions de température analogues à celles que peut fournir cet appareil, qui permet simplement de réaliser avec la plus grande facilité ces conditions obtenues autrefois avec beaucoup de peine.

Les enfants nés à termes ou à une époque très voisine du terme, et qui ont été mis dans la couveuse pour leur mauvais état général, sont au nombre de 6 : 2 sont morts et 4 sont sortis vivants.

Pour apprécier les résultats statistiques fournis par la couveuse, nous avons pris comme point de comparaison les enfants nés dans des conditions analogues et élevés à l'air libre.

Depuis l'installation des couveuses à la Maternité, tous les enfants, quels qu'ils soient, pesant moins de 2,000 grammes, y sont placés sans exception.

En éliminant les mort-nés et en ne prenant que les enfants dont le poids est inférieur à 2,000 grammes, si nous établissons les trois statistiques suivantes : 1. enfants ayant passé par la couveuse et dont l'observation est contenue dans le tableau précédent ; 2. enfants n'ayant pas été placés dans cet appareil et nés à la Maternité de Paris depuis le 1er avril 1879 au 31 juillet 1881 ; 3. enfants nés à la Maternité de Cochin pendant l'année 1882, statistique que M. Marchand a bien voulu nous permettre de puiser dans son service, nous arrivons aux résultats que voici :

Enfants pesant moins de 2,000 gr. à la naissance.

Couveuse.	Sans couveuse. Maternité de Cochin, année 1882.	Sans couveuse. Maternité de Paris, du 1er août 1879, au 31 juillet 1881.
Total des enfants, 79.	Total des enfants, 30.	Total des enfants, 116.
49 vivants.	10 vivants.	40 vivants.
30 morts.	20 morts.	76 morts.
Mortalité, 38 0[0.	Mortalité, 66 0[0.	Mortalité, 65 0[0.

Pour les enfants pesant plus de 2,000 grammes, les statistiques ne sont plus comparables, car, à partir de ce poids, on ne place dans la couveuse que ceux qui sont malades.

Les chiffres précédents sont assez éloquents par eux-mêmes; l'abaissement de la mortalité de 66 p. 100 ou 65 p. 100, à 38 p. 100, est le meilleur plaidoyer qu'on puisse faire en faveur de la couveuse.

Le pouls et la respiration subissent une augmentation de fréquence sous l'action de la couveuse, mais ils semblent d'autant moins influencés que l'enfant est né plus près du terme normal. Chez un enfant né au terme de huit mois, placé dans la couveuse de suite après sa naissance, pendant les quatre premiers jours, le pouls a été en moyenne de 150 à 160, avec 120 et 180 comme chiffres extrêmes. La respiration pendant ces mêmes jours a été particulièrement accélérée, les mouvements

respiratoires étaient très fréquents, sans trace de gêne bien marquée, et ont atteint dans un cas la moyenne de 90 à la minute. Nous livrons ce chiffre comme un simple exemple des effets que peut produire la couveuse sur la respiration, car par un examen attentif de l'enfant, il n'a pas été possible de découvrir une autre cause de cette accélération (enfant sorti vivant).

A partir du sixième jour, ces deux fonctions semblent revenir au chiffre normal, sauf la respiration, qui est toujours un peu plus fréquente qu'à l'état physiologique.

La chute initiale de la température semble peu influencée par la couveuse. Mais l'ascension succédant à la dépression se fait beaucoup plus rapidement qu'à l'air libre.

La température continue à s'élever ou à rester élevée le deuxième et le troisième jour, quelquefois même, le deuxième jour, elle revient au chiffre normal auquel elle reste cependant d'habitude supérieure de quelques dixièmes de degrés. Dans d'autres cas, l'élévation de température se prolonge plus longtemps, jusqu'au moment de la sortie de l'enfant hors de la couveuse.

La température axillaire est plus élevée relativement à celle du rectum qu'à l'air libre. En général, elle n'est que de un à deux dixièmes inférieure à celle du rectum, assez souvent égale, et dans quelques cas rares supérieure de un à deux dixièmes de degrés. Cette influence de la couveuse sur la température périphérique montre réellement son action sur la circulation des parties superficielles du corps et particulièrement de la peau.

Quand à l'élévation thermométrique qui se fait du sixième au huitième jour, dont la cause est restée jusqu'ici inconnue, nous ferons simplement remarquer que son début coïncide assez bien avec le moment de la chute du cordon. Hennig, d'ailleurs, avait déjà dit qu'elle était due au travail d'oblitération des vaisseaux ombilicaux.

Des ulcérations du col de l'utérus.—*Diagnostic et traitement.* (1)—Les ulcérations du col utérin, que certains auteurs rattachent à des *dermatoses*, ont été l'objet des plus vives controverses. Ainsi, tandis que Courty décrit sous le titre "éruption du col utérin" l'érythème, l'herpès, l'eczéma, le pemphigus; que Guéneau de Mussy admet aussi ces lésions qu'il réunit sous la dénomination *d'herpétisme utérin*, en y joignant l'acné du col;—M; Gallard n'admet, en dehors de la syphilis et du cancer, que les ulcérations liées à la métrite et nie en particulier les lésions de nature herpétique.

Toutes les formes, que M. Guéneau de Mussy a confondues sous le nom d'herpétisme du col, peuvent aboutir à des ulcérations granuleuses, et, à cette période de leur évolution, il est impossible de les rapporter à telle lésion primitive, plutôt qu'à telle autre de la classification dermatologique.

Pour nous, nous admettons qu'il existe un *herpès* périodique du col pouvant accompagner la fluxion menstruelle, comme l'herpès périodique des lèvres. Les ulcérations qui succèdent à la rupture des vésicules peuvent être finement grenues, superficielles, ou, dans d'autre cas, paraître profondes, fongoïdes, si les érosions se développent sur des cols

---

Suite et fin.—Voir la livraison de février.

mous, congestionnés,—aspect fongoïde qui n'est pas rare chez les sujets lymphatiques et pendant la grossesse. Ces érosions peuvent guérir rapidement, mais récidivent souvent. Presque toujours accompagnées de catarrhe utérin, comme les ulcérations banales de la métrite chronique, elles peuvent quelquefois être reconnues par la forme festonnée de leurs bords, et la coexistence d'autres ulcérations petites et arrondies autour de l'ulcération principale.

Les ulcérations VÉNÉRIENNES du col sont multiples.

Le *blennorrhagie* peut en déterminer ; il est rare qu'il n'existe pas, en même temps que les ulcérations blennorrhagiques du col, quelque autre trace de l'affection contagieuse, telle que la vaginite, l'uréthrite (douleur en urinant, apparition d'une goutte de pus au méat urinaire, quand on presse le canal uréthral d'arrière en avant), la présence d'une gouttelette de pus à l'orifice des glandes vulvo-vaginales. Si on ne trouve aucun de ces signes dénonciateurs, on doit toujours se méfier d'un écoulement uniquement purulent, sans mélange de mucus. Si l'écoulement est muco-purulent, le mucus et le pus sont peu mélangés entre eux, les deux liquides étant séparément reconnaissables sur le bourdonnet d'ouate qui a servi à déterger le col (de Sinéty).

Le *chancre mou* se présente, mais très rarement, sur le museau de tanche avec des bords taillés à pic, une profondeur assez grande, un fond grisâtre, une sécrétion ichoreuse abondante qui réinocule l'ulcère sur la paroi vaginale en contact avec lui et s'accompagne souvent d'autres ulcérations chancreuses de la vulve avec bubon inguinal.

La *syphilis* peut toucher le col à l'état d'accident primitif, ulcération variant comme étendue entre la lentille et l'amande, de forme régulière, de surface assez unie, uniformément grise ou pointillée de rouge, ou gris-bleuâtre au centre, et d'un rouge vif sur les bords, sécrétant peu, se cicatrisant spontanément avec une grande rapidité. Les syphilides secondaires érosives, tertiaires, gommeuses, ne présentent pas de caractères bien particuliers, on ne peut les diagnostiquer que par l'absence des causes locales capables d'engendrer l'ulcération du col, et par la constatation d'autres signatures syphilitiques sur l'organisme.

Mais les plus fréquentes des ulcérations qu'il nous soit donné de rencontrer dans la pratique, sont celles qui accompagnent les diverses formes de *métrite*. Courty, qui les a minutieusement décrites, dit que : " les unes se font remarquer par une exubérance de tissu, les autres par une perte de substance plus ou moins sensible. Dans la première de ces deux catégories se trouvent les ulcères granuleux, végétants, fongueux, variqueux, et généralement ceux qui dépendent de la métrite chronique, du catarrhe utérin ou simplement de la grossesse ou de quelque autre altération de la vie de l'organe. Dans la seconde se trouvent les ulcères creux, à fond grisâtre, indurés, à bords calleux, taillés à pic ou décollés, et généralement ceux qui sont entretenus par une affection diathésique."

L'évolution de beaucoup d'ulcérations du col est liée aux modifications qu'impriment à l'utérus la *gestation*, l'*accouchement* ou l'*avortement*. Au fond d'une des déchirures que détermine si souvent la parturition sur les lèvres du col, se développe une érosion fissuraire ; sous l'influence de la malpropreté, des excès vénériens, celle-ci s'étend, passe à l'état d'ulcération granuleuse. Si une nouvelle grossesse survient, l'état congestif chronique qui s'établit pendant plusieurs mois,

le ramollissement physiologique du col, la leucorrhée, sont autant de circonstances qui favorisent l'extension de l'ulcération, sa tendance à végéter d'une manière exubérante. Elle se caractérise alors par des bords irréguliers, mal limités, l'existence de granulations ou de fongosités mollasses, facilement saignantes, une coloration vineuse ou violacée, une sécrétion très abondante. L'accouchement est suivi d'une involution utérine, incomplète ou vicieuse; une métrite se développe qui porte plus ou moins sur la muqueuse du corps ou de la cavité du col, sur le parenchyme lui-même; des déviations de l'organe, des inflammations péri-utérines se produisent, et l'aspect de l'ulcération se modifie en ce sens, que les symptômes propres au travail inflammatoire de l'utérus et de son col priment les caractères de la perte de substance. Ce n'est pas le traitement de l'ulcération qu'on doit se proposer, c'est le traitement de la métrite ou de la périmétrite.

Enfin deux catégories d'ulcérations peuvent se présenter encore à nous. Les ulcères *tuberculeux*, qui n'ont pas de caractères cliniques propres autres que leur coexistence avec les autres signes de la tuberculose des organes génitaux; les ulcérations *cancéreuses*, dont les signes sont beaucoup plus spéciaux:—Un utérus immobilisé de très bonne heure, enclavé dans le petit bassin, des troubles fonctionnels fréquents, des ménorrhagies et des métrorrhagies, écoulement d'un liquide séreux et roussâtre alternativement, fréquemment d'odeur putride,—une ulcération en entonnoir, à bords durs, saillants, irréguliers, champignonneux, qui saigne facilement et dont les bourgeons végétants, d'une coloration livide ou violacée, tranchent sur la pâleur de la muqueuse ambiante.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés relativement à l'importance de la notion étiologique, font comprendre quelle doit être, à notre avis, la conduite à tenir au point de vue THERAPEUTIQUE.

Les pseudo-ulcérations qui siègent au pourtour du méat utérin et ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel ne doivent être aucunement touchées. Les érosions qui semblent être le résultat de dermatoses (herpès, eczéma), sont justiciables du traitement général et d'un traitement local peu énergique. Les ulcérations qui accompagnent la métrite guérissent en même temps que celle-ci. Voilà les indications générales, précisons un peu plus.

En premier lieu, se préoccuper de l'état constitutionnel de la malade Arthritique, il lui faut des alcalins;—lymphatique ou strumeuse, de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, de l'arsenic;—syphilitique, du mercure et de l'iodure de potassium.

En second lieu, l'hygiène locale comporte l'abstention de toute fatigue sexuelle, s'il existe le moindre indice de poussée phlegmasique aiguë ou subaiguë;—dans les vieilles métrites, il est impossible d'espérer que les malades observeront l'abstention qui leur serait recommandée, d'une manière continue, mais elle doit être exigée quelques jours avant, pendant et après l'époque menstruelle.

Les irrigations et les bains sont de puissants moyens d'action. La nature du liquide qui servira aux *injections* devra varier suivant la nature de l'ulcération; chaque praticien a ses préférences et les livres de gynécologie indiquent une foule de substances. Nous employons le plus habituellement le coaltar saponiné, très bon antiseptique, en met-

tant une ou deux cuillerées par injection, ou un mélange d'alcool, de chloral et d'essence de thym, quand l'abondance et l'odeur des sécrétions sont plus marquées. La température du liquide n'est pas indifférente; nous préférons les injections tièdes aux froides; mais dans les cas où il faut réveiller la vitalité des tissus mollasses, les injections chaudes ont une utilité réelle. Les injections doivent être faites deux fois par jour pour éviter la stagnation prolongée des sécrétions dans les culs-de-sac vaginaux au contact du col.

Les bains agissent à la fois par leur action générale, en modifiant la nutrition de l'organisme, et par une action topique, si la malade a soin de se munir toujours d'un spéculum à bains ou d'une canule de fort calibre, qui permette au liquide médicamenteux de venir baigner le fond du vagin. Nous ordonnons les bains alcalins aux arthritiques, les bains sulfureux et les bains salés aux scrofuleuses. Les bains salés nous ont toujours paru avoir une excellente influence sur la métrite parenchymateuse, surtout sous forme d'eaux minérales chlorurées naturelles.

Arrivons à la thérapeutique *tonique*. Nous avons presque absolument renoncé aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent; quand nous employons le sel lunaire, c'est en solution dans laquelle nous trempons un petit bâtonnet, à l'extrémité duquel est enroulé un mince tampon d'ouate. Mais le topique caustique auquel nous donnons la préférence est l'acide chromique, employé avec précaution, et appliqué juste à l'endroit que nous voulons modifier, sans qu'il s'en écoule sur les parties voisines. Nous employons aussi les attouchements avec la teinture d'iode.

Pour faire le *pansement*, nous introduisons un tampon d'ouate, muni d'un bout de fil qui pend à la vulve et permet à la malade de le retirer au bout de quelques heures; nous l'imprégnons soit de glycérine, de glycérolé iodique ou tannique, soit de coaltar, soit de chloral alcoolisé.

Mais les deux meilleurs moyens dont nous disposions, pour modifier les ulcérations du col, suivant telle ou telle indication spéciale, sont les *scarifications* et l'*ignipuncture*.

Quand l'ulcération repose sur un col violacé, manifestement congestionné, quand la surface de l'ulcère est végétante, quelques scarifications linéaires faites en divers sens, amenant un écoulement sanguin assez abondant, sont suivies d'une tendance à la cicatrisation plus rapide.

Quand le col est volumineux, dur, déformé, que les lèvres sont en ectropion, une demi-douzaine de cautérisations ponctuées, suivies d'un traitement antiphlogistique, si quelque réaction inflammatoire se produisait, donne un excellent résultat en amenant le resserrement des tissus et en ravivant leur vitalité.

Mais une règle absolue est de ne pratiquer ces deux opérations que sur des malades qui puissent immédiatement rester étendues dans leur lit, au repos le plus complet, pendant trois ou quatre jours pour les scarifications, et une semaine pour les cautérisations actuelles.—Paul Gerne, in *Concours médical*.

Etiquette médicale.—" Faites aux autres ce que vous voudriez qu'on vous fît à vous-même." Voilà tout le code nécessaire à un médecin. Moins serait trop peu, davantage superflu.—*Medical Brief*.

PÆDIATRIE.

La pneumonie catarrhale chez les enfants, par le Dr Blackwell.— Les pathologistes ont, depuis peu, divisé la maladie à laquelle on donnait autrefois le nom de pneumonie et d'inflammation du parenchyme pulmonaire, en deux affections distinctes, ayant chacune leur siège dans les alvéoles, et affectant à des degrés variables les vaisseaux, les nerfs et le tissu conjonctif. Elles peuvent toutes les deux se compliquer de bronchite et, lorsqu'elles intéressent une partie superficielle du parenchyme pulmonaire, de pleurésie plus ou moins grave. Elles diffèrent l'une de l'autre comme mode de début, comme courbe de température, comme nature de leur exsudat et comme signes physiques. L'une, qui répond à la pneumonie classique de la plupart des auteurs, envahit les alvéoles, y détermine un exsudat plastique dans lequel on trouve des globules blancs et des globules rouges, et est appelée pneumonie croupale. L'autre affecte les mêmes éléments anatomiques, mais son exsudat ne présente pas les mêmes caractères plastiques et la même coloration rouge que celui de la précédente forme et devient rapidement purulente : elle se montre souvent à la suite du catarrhe pulmonaire et de maladies éruptives dans lesquelles le catarrhe pulmonaire est un des symptômes prédominants ; aussi lui a-t-on donné le nom de pneumonie catarrhale.

Ces deux affections ont des caractères communs, la dyspnée, la rapidité du pouls, la douleur, la toux et une teinte violacée asphyxique de la peau et des membranes muqueuses. Mais elles présentent aussi de grandes différences. Dans la pneumonie croupale, le début est assez brusque, la température est élevée, à maxima vespéraux ; quand la plèvre est envahie, la douleur peut-être considérable et force le malade à restreindre le plus possible les mouvements du thorax en se couchant sur le côté affecté : tandis que si les phénomènes douloureux manquent ou sont peu accusés, il reste couché sur le dos. Quand elle existe, l'expectoration est composée de quelques crachats rares, épais, adhérents, intimement mélangés avec du sang. Enfin, l'examen de la poitrine permet de reconnaître par la percussion, d'abord un son tympanique, puis de la submatité, et par l'auscultation du râle crépitant.

Dans la pneumonie catarrhale, la fièvre n'a pas de type régulier ; ses variations quotidiennes sont fort irrégulières, et les maxima ont lieu tantôt le matin, tantôt le soir. Dans la pneumonie rubéolique, la température peut s'élever au-dessus de 40°, et s'y maintenir pendant quelques jours en ne présentant que quelques légères rémissions, et le pouls peut rester fréquent, même après la chute de la température ; il est parfois tellement précipité qu'il n'est plus possible de le compter. Le malade pousse des cris et des gémissements ; l'expectoration est blanchâtre, spumeuse et diffluente. A l'inspiration et à l'expiration, on entend des râles muqueux et sous-crépitants provenant du catarrhe des petites bronches. Quelquefois on peut entendre des râles crépitants comme dans la forme précédente. La sonorité est un peu amoindrie au début aux points qui correspondent aux parties des poumons atélectasiées dans lesquelles l'air ne pénètre plus, et plus tard on peut observer de la submatité assez marquée quand il s'est fait de l'exsudat dans les

alvéoles. Les régions supérieures des poumons, celles qui sont indemnes, ont au contraire, une sonorité tympanique. L'inflammation peut gagner toutes les bronches, quel que soit leur calibre, dans la pneumonie catarrhale, tandis que dans la pneumonie fibrineuse il n'y a que les toutes petites bronches qui soient prises.

Le diagnostic entre ces deux formes est fort difficile, et il n'a peut-être pas une bien grande importance pratique. Dans l'un et l'autre cas, on a à lutter contre la fièvre et l'inflammation du parenchyme pulmonaire, et on doit agir localement par les révulsifs, tandis qu'on administre à l'intérieur les antipyrétiques. Joergensen a émis l'idée que les pneumonies à forme adynamique pourraient bien être de nature infectieuse ; ce qu'il y a de sûr, ajoute Blackwell, c'est que les révulsifs et les antipyrétiques sont totalement impuissants dans ces cas pour enrayer la marche de l'affection. Les Allemands, qui ont contribué pour une large part à fixer les idées sur ces diverses formes de pneumonies, n'ont pas fait beaucoup pour la thérapeutique de ces affections, et leur moyen héroïque, les bains froids, n'est guère applicable en pratique, à cause de la surveillance incessante qu'il nécessite. Aussi l'auteur préfère-t-il la méthode suivante ; lorsqu'il est appelé auprès d'un enfant en bas-âge, qui présente une respiration haletante, une toux courte, pénible et de la fièvre, il fait appliquer immédiatement des sinapismes sur la poitrine ou bien même un large vésicatoire. En même temps, on prescrit une potion convenable et dans laquelle on peut faire entrer des expectorants, de l'ipéca en particulier, des calmants, opium ou belladone, des antipyrétiques, digitale, sulfate de quinine, aconit, enfin des toniques.—*Philadelphia Medical Times.*

Traitement de l'angine couenneuse et du croup.—Le docteur Oertel attribue tous les accidents de la diphthérite à la présence d'un microbe qu'il désigne sous le nom de *micrococcus diftericus.* D'abord localisé sur les muqueuses de la bouche et du pharynx, ce microbe finit par pénétrer dans le sang et déterminer une infection générale dont les suites doivent attirer l'attention du praticien tout aussi bien que les accidents locaux développés dans les voies respiratoires.

Le traitement qui seul inspire confiance à l'auteur, c'est l'emploi de l'acide phénique administré au moyen de l'appareil à pulvérisation. Le docteur Oertel a recours à une solution à 5 pour 100. Il fait répéter ces pulvérisations toutes les deux ou trois heures et leur donne une durée de trois à cinq minutes. L'acide phénique n'agit pas seulement localement sur les fausses membranes avec lesquelles il se trouve en contact, il est absorbé en grande partie, et, en pénétrant dans la circulation, il va combattre l'infection générale. Cette absorption pourrait produire en même temps des accidents d'intoxication ; mais on les évite en arrêtant la médication lorsqu'on voit les urines prendre une coloration verdâtre. On remplace alors les pulvérisations d'acide phénique par des pulvérisations faites avec des solutions d'acide borique à 2 ou 3% ou de benzoate de soude à 5%. Au bout de 24 à 48 heures les urines reprennent leur teinte naturelle, et alors on revient à l'acide phénique.

On peut donner comme adjuvant à ce traitement les inhalations de vapeurs d'eau bouillante, qu'on répète quatre ou cinq fois par jour et auxquelles on donne une durée d'un quart d'heure à une demi-heure.

Ces inhalations détachent les fausses membranes et favorisent ainsi l'action de l'acide phénique.

La pilocarpine mérite aussi d'être employée concurremment avec les moyens que nous venons de citer. On peut la prescrire en potion à la dose de gr. $\frac{1}{6}$ à $\frac{3}{6}$. Mais il est préférable de l'administrer en injections hypodermiques à la dose de $\frac{1}{6}$ à $\frac{2}{6}$ de grain. Par cette dernière méthode, son action est à la fois plus rapide et plus énergique.

Le docteur Oertel regarde le thymol, l'acide salicylique, le benzoate de soude comme comme bien inférieurs à l'acide phénique dans le traitement de la diphthérite. Le chlorate de potasse est, d'après lui, sans aucune action contre cette maladie. L'eau de chaux et l'acide lactique peuvent bien désagréger les fausses membranes de la bouche et du pharynx et faciliter leur expulsion ; mais ces deux médicaments n'ont pas d'action antiseptique. Ils ne peuvent, en aucune manière, s'opposer à l'infection générale, ni ils ne peuvent empêcher la diphthérite de s'étendre au larynx et à la trachée. *Arch. of Laryngology.*

Rhumatisme articulaire aigu infantile.—Carl Vohsen est d'opinion que le rhumatisme est une maladie infectieuse aiguë due probablement à la présence d'un microbe dans le sang. L'enfance est soumise à toutes les complications que l'on peut voir survenir dans l'âge adulte. La paralysie des muscles de l'œil est la seule que Vohsen n'ait pas vue chez les enfants. Toutefois, le rhumatisme de l'enfance a des caractères qui lui sont propres. La gravité et la durée sont moindres que chez l'adulte; la durée étant généralement chez ceux-ci de deux à trois semaines, chez ceux-là elle n'est que de quinze à dix-huit jours. Les complications surtout établissent une différence plus tranchée. La chorée, très fréquente dans les premières années de la vie, est excessivement rare dans l'âge adulte. Les affections cardiaques sont beaucoup plus fréquentes, le cœur étant atteint à peu près 50 fois sur 100, et cela aussi bien dans les cas moyens que dans les formes graves.—*Am. Journ. of Obstetrics.*

Sur les crises de vomissements à répétition.—Sous ce titre l'auteur décrit des accidents qui paraissent propres à l'enfance, puisque le plus âgé de ses patients avait neuf ans. Les vomissements surviennent par accès, à des intervalles plus ou moins éloignés; ils durent de quelques heures à quelques jours, et déterminent souvent une grande faiblesse. Ils s'accompagnent fréquemment d'une douleur épigastrique ou ombilicale qui peut être intense : les gardes-robes sont irrégulières, tantôt elles sont trop abondantes, tantôt rares; quelquefois elles sont un peu blanchâtres et argileuses.

Les causes déterminantes de ces vomissements sont variables : ce sont l'épuisement et l'état nerveux, la nourriture mal digérée, l'influence du froid. Il faut y ajouter aussi, chez les petites filles, une disposition à l'hystérie viscérale future.

L'auteur conseille, comme traitement, la diète avec ou sans bouillon de poulet, et de petits laxatifs intestinaux, tels que du calomel à faible dose.—*Revue des sciences médicales.*

FORMULAIRE.

Syphilis.—*F N. Otis.*

Ulcère primitif.—

1° ℞.—Ung. hydrarg. ammon. ..... } ãã
Vaselinæ..... } p. æq.
M.—Ft. unguentum.

2° ℞.—Ung. hydrarg. mitig..... q.s.

3° ℞.—Oleat. hydrarg.....(solution à 6 p. 100) } ãã
Vaselinæ ..... } p. æq.
M.—En frictions légères matin et soir. Une petite quantité suffit.

4° ℞.—Hydrarg. chlorid. mit..... ..... q.s.
En saupoudrer l'ulcère, puis recouvrir de coton boraté.

5° ℞.—Hydrarg. chlorid. mit..... gr. xx
Aq. calcis..... ℥iv

6° ℞.—Hydrarg. chlorid. corrosiv..... gr. x
Aq. calcis ..... ℥vi
M.—En lotions et applications constantes au moyen d'un bourdonne de ouate.
Si le chancre est enflammé, on emploiera ce qui suit :

7° Liq. plumbi subacet. dil..... ..... ℥iv
Extr. opii aq..... gr. x
Ou bien :

8° ℞.—Pulv. iodoformi ..... gr. xxx
Glycerinæ..... ..... ℥i
Ol. rosæ .... gtt i
M.—Appliquez au moyen de charpie.
S'il arrive que le chancre revête la forme phagédénique ou gangréneuse, appliquez libéralement ce qui suit :

9° ℞.—Iodoformi..... .... gr. xxx
Ol. rosæ ..... gtt i

Symptômes constitutionnels.—

A l'intérieur, on doit administrer le mercure dès que le diagnostic de chancre syphilitique a été bien établi, et en continuer l'emploi pendant au moins douze mois.

1° ℞.—Massæ hydrarg..... ..... gr. LX
Ferri sulph. dessicc..... gr. xxx
M.—Faites 30 pilules.—*Dose :* une pilule trois fois par jour.

2° ℞.—Hydrarg. iodid. virid..... } ãã
Ferri sulph. dessicat..... ..... } gr. XL
Extr. opii aq..... gr. iv
M.—Faites 40 pilules.—*Dose :* une pilule trois fois par jour.
Les onctions mercurielles, si on choisit ce mode d'administration peuvent se faire d'après les formules suivantes :

3° ℞.—Ung. hydrarg. mitig ..... q.s.

Un fragment de la grosseur d'une aveline doit servir à chaque onction, matin et soir.

4° ℞.—Oleat. hydrarg.... .....(solut. à 10 p. 100) } ãã
Vaselinæ ..... } p. æq.

Une cuillerée à thé pour chaque friction, matin et soir.

Au bout de douze mois de ce traitement, prescrivez les iodures d'après les formules qui suivent :

5° ℞.—Hydrarg. iodid. rubri..... gr. iii
Pot. iodid..... gr. cxx
Tinct. aurant ..... } ãã
Syrup. aurant..... } ℥iss
Aquæ destill. ad..... ℥viii

M.—Une cuillerée à thé, trois fois par jour.

6° ℞.—Hydrarg. iodid rubr..... gr. iii
Pot. iodid..... gr. cxx
Extract. thujæ fld..... ℥viii

M.—Une cuillerée à thé trois fois par jour. Cette dernière mixture convient surtout quand l'estomac ou l'intestin est irritable.

7° ℞.—Pot. iodid..... ℥i
Aquæ destill..... ʒvi

M.—La dose initiale est de cinq gouttes dans un verre à vin d'eau ou de lait, trois fois par jour. On augmente graduellement d'une goutte par dose (augmentant proportionnellement la dose du véhicule) jusqu'à ce que 60 gouttes soient prises, dans un grand verre d'eau ou de lait, trois fois par jour, après les repas, à moins que les symptômes d'iodisme ne se montrent auparavant. Dans ce cas, recommencez à la dose d'*une* goutte seulement, et augmentez comme plus haut. Dans les cas rebelles, on peut aller au-delà de soixante gouttes.

Si l'iodure de potassium est mal toléré, on le remplacera par :

8° ℞.—Iodinii..... gr. xxiv
Aq. destill..... ℥ii
Pot. iodid..... gr. XLVIII

Faites dissoudre et ajoutez :

Syrupi..... ℥viii

Laissez reposer pendant 12 heures.—*Dose :* Une cuillerée à dessert, augmentant graduellement à une cuillerée à soupe, trois fois par jour, après les repas.—*Medical Gazette.*

Anesthésiques locaux.

℞.—Chloral. hydrat..... } ãã ʒii
Gum. camphor..... }
Morph. sulph..... ʒss
Chloroformi..... ʒi

M.—En applications, au moyen d'un pinceau, sur l'endroit à inciser. On laisse sécher puis on renouvelle l'application, s'il le faut, jusqu'à ce que l'anesthésie locale soit produite.

℞.—Etheris vel chloroformi..... ʒii
Camphor ..... ʒi

M.—Appliquer avec un pinceau.—*Medical News.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MARS 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36. RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine.

A la dernière assemblée du Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, une commission composée de MM. les Drs Howard, E. P. Lachapelle, Lanctôt et Campbell a été instituée pour s'enquérir des réclamations faites en certains quartiers contre la sévérité des examens préliminaires à l'étude de la médecine.

La dite commission fut chargée par le Bureau de s'enquérir avec les directeurs des colléges classiques, *high schools* et écoles normales, s'il y avait lieu d'apporter des réformes dans la nature de ces examens ou dans l'enseignement des matières classiques.

L'assemblée eut lieu le 24 janvier dernier, dans les salles de la *Medico-Chirurgical Society*, à Montréal. Etaient présents : les examinateurs du Collége : MM. les abbés H. A. B. Verreault, L.L.D., et J. C. K. Laflamme, S.T.D., et M. le Principal H. A. Howe, L.L.D., les membres de la commission : MM. les Drs Howard, E. P. Lachapelle, Lanctôt et Campbell et des représentants de presque tous les colléges et lycées.

Comme points saillants des délibérations, il importe de mentionner : 1° que l'assemblée fut unanime à déclarer que le programme des examens préliminaires est loin d'être trop sévère et que s'il y avait matière à réforme on ne pourrait que le rendre plus difficile ; 2° il fut constaté que les matières sur lesquelles les candidats échouent le plus souvent

sont le français et les mathématiques, et on convint de l'opportunité d'insister sur l'enseignement de ces deux branches du cours d'études. Le Rév. Messire Hamel émit l'idée de soumettre au même examen préliminaire les aspirants à l'étude du Droit, de la Médecine et du Génie Civil. Quelques-uns des membres présents suggérèrent au Bureau de changer l'époque des examens préliminaires et de la fixer aux mois de vacance, de façon à ne pas déranger les cours des institutions classiques. Enfin il fut question de rendre obligatoire l'examen sur la Philosophie.

Comme on le voit, la profession a tout lieu d'être satisfaite des délibérations de la commission. Notre système d'examens préliminaires à déjà fourni des résultats trop avantageux pour que nous consentions de bonne grâce à en diminuer les justes exigences ; si d'un côté le nombre des étudiants régulièrement admis n'a pas sensiblement diminué (ce qui prouve que l'examen n'est pas très sévère), de l'autre la qualité en a été sensiblement améliorée, ce dont nous sommes loin de nous plaindre.

Quant à la question de rendre la Philosophie obligatoire, nous n'en voyons nullement l'opportunité, même après avoir lu attentivement l'article publié à ce sujet sur l'*Etendard* du 22 janvier, et si nous avions à opter entre le grec, la philosophie et la physique, nous n'hésiterions pas à donner la préférence à cette dernière comme se rattachant plus directement à la science médicale que les deux autres branches de l'enseignement. La morale et la métaphysique du petit catéchisme de Québec peuvent suffire au médecin qui sait et veut y conformer ses actions ; pour la logique, que l'on rencontre chez des gens de toute classe et qui n'ont pas fait de cours de philosophie, si la nature et un cours d'étude jusqu'en rhétorique inclusivement n'ont pu en inculquer les principes, l'appoint d'une ou deux années de philosophie nous semble fort problématique. Qu'on ne nous fasse pas dire que l'étude de la philosophie est inutile, mais bien, et nous le maintenons, qu'elle n'est pas indispensable au médecin ; elle lui est utile au même degré, croyons nous, que la physiologie l'est au théologien, et l'étude de la physiologie n'est pas obligatoire dans les grands séminaires. Quant au grec, nous donnerions volontiers tout ce que nous en savons et tout ce que nous en ignorons pour tout juste ce qu'il nous faudrait de la langue allemande pour profiter de la littérature médicale d'un pays où la médecine est à son apogée.

Nous espérons que la proposition émise par quelques membres de la commission de retarder aux vacances les examens préliminaires sera favorablement acceptée du Bureau des Gouverneurs ; le Collége n'a rien à y perdre, tandis que les institutions classiques ont tout à y gagner au point de vue de la discipline, et les élèves sous le rapport des études. Il serait même à souhaiter que ces examens n'eussent lieu qu'à une époque avancée de la vacance, à la fin de juillet peut-être, car l'élève qui vient de terminer ses deux années de philosophie a généralement besoin de rafraîchir ses souvenirs d'histoire, de géographie et autres qui datent déjà de plusieurs années ; un mois consacré à l'étude des matières spécifiées dans le programme ne serait pas de trop et préviendrait les échecs que subissent malheureusement quelques aspirants intelligents et bien renseignés. Il y a bien à cela une objection : les Ecoles de Médecine qui ne donnent que six mois de cours ont leur examen pour admission à la pratique au mois de mars, en sorte que le nouveau

médecin ne pourrait avoir sa licence que quatre mois après son admission, c'est-à-dire deux mois plus tard que sous le régime actuel. Mais ce léger retard ne serait il pas amplement compensé par l'avantage de terminer l'année classique du collége et par celui de préparer à loisir l'examen préliminaire ? Nous n'en doutons pas. Avec le système actuel, tout collégien qui tient à terminer son cours est forcé d'attendre au mois de septembre pour être admis à l'étude de la médecine, et subit forcément un retard de près de trois mois au début et de trois ou six mois à la fin de ses études médicales.

Question d'honoraires.

Nous lisons dans le *Cincinnati Lancet and Clinic :*

" On discute beaucoup en ce moment, à Londres, la question des honoraires médicaux. Il paraît que, même là-bas, les médecins dont la clientèle et la réputation sont faites depuis longtemps n'adoptent pas toujours un tarif en rapport avec la dignité de leur position. Il s'en suit que *les jeunes* sont forcés de n'exiger que des honoraires ridiculement bas, s'ils ne veulent pas rester tout-à-fait oisifs, attendu que le public, ayant à choisir, préfèrera toujours, à prix égal, employer un praticien de renom. Le mal que nous déplorons ici semble donc exister aussi à Londres. Il est de fait que notre profession ne prise pas assez haut, malheureusement, la valeur de ses services. Un trop grand nombre de médecins de haute réputation adoptent des prix dérisoirement bas. Avec ce système il faut produire une somme énorme de travail pour pouvoir réaliser un revenu suffisant. Chez nous, s'il arrive qu'un médecin demande *le plein prix*, il lui est très difficile, par la suite, d'avoir le support et l'aide de ses confrères quand il s'agit de réclamer son dû. Nous pourrions, sur ce point, suivre l'exemple de nos frères les avocats. Que l'on compare, par exemple, les honoraires accordés aux médecins qui ont donné leurs soins au Président Garfield, et ceux accordés aux avocats dans l'affaire du *Star Route*. Dans les deux cas la cause fut perdue. Dans les deux cas aussi il y eut un égal déploiement de zèle et de talent, tant médical que légal. Qu'est-il arrivé ? La note des médecins fut réduite au minimum. Celle des avocats, deux fois plus élevée que la note des médecins, fut payée jusqu'au dernier sou. Par tout le pays les médecins furent quasi-unanimes à déclarer exorbitants les montants réclamés par les médecins du Président. Les avocats, au contraire, n'eurent qu'une voix pour dire que les prétentions de leurs collègues n'étaient que justes et raisonnables.

" Si nous voulons maintenir la dignité de notre profession, il nous faut estimer un peu plus hautement la valeur de nos soins professionnels, et cesser une bonne fois de trouver exagérés les honoraires réclamés par nos confrères "

N'est-ce pas que les réflexions qui précèdent peuvent s'appliquer, d'une manière assez frappante à la profession médicale de notre bonne province de Québec ? Ici, comme à Londres et aux Etats-Unis, les médecins se servent en général, vis-à-vis de leurs clients, d'un tarif des plus modestes, et ceux-là même qui, par leur position, leur âge et leur expérience, seraient en droit bien légitime d'élever le chiffre de leurs honoraires, n'en continuent pas moins à se morfondre pour un

prix souvent nominal. A quoi cela sert-il donc d'avoir pâli sur l'étude de la science ? d'avoir, pendant de longues années peut-être, enseigné à la jeunesse de nos écoles les principes de l'art de guérir ? A quoi cela sert-il de s'être dépensé au service du public ? d'avoir acquis, au prix d'énormes fatigues, de veilles innombrables et de labeurs sans nom, une expérience de vingt, trente ou quarante ans, s'il faut, en fin de compte, mettre tout cela à la disposition du client pour une menue monnaie dont un débutant se contenterait à grand'peine ? En vérité, le talent, le savoir, l'âge et l'expérience ne sont-ils donc pas tenus, en honneur, de s'estimer autrement que cela ?

Et le débutant, lui, que doit-il faire en face du désintéressement (?) de son ancien ? Comme le fait remarquer notre confrère du *Lancet*, il se voit obligé d'adopter un tarif plus humble encore, s'il veut avoir chance de se créer quelque clientèle. N'a-t-il pas le droit de se plaindre et de crier à l'injustice ?

Le public lui-même, ce bon public auquel nous nous sacrifions avec tant de grâce et de bon vouloir, n'est-il pas bien fréquemment le premier à reconnaître la sottise que nous commettons en dépréciant de la sorte la valeur de nos services ? Souvent même il est le premier à les refuser pour la raison toute simple que nous ne les estimons pas assez. S'il est, parmi nos clients, des partisans du bon marché, il en est aussi qui apprécient peu ce qui ne leur coûte rien, et qui, en fait de services professionnels comme en fait de marchandises, se posent l'axiôme bien connu : cela vaut ce que cela coûte.

Quant au peu de support que le médecin reçoit de la part de ses confrères, s'il lui arrive de poursuivre quelques clients en recouvrement d'honoraires, cela fait partie du charmant système d'égoïsme et de jalousie professionnelle adopté par un grand nombre. Nous en avons des exemples tous les jours. Si le sieur Z*** est traduit devant les cours de justice par le Dr A*** (qui lui a peut-être sauvé la vie plus d'une fois, mais qu'il ne veut pas payer), il n'a bien souvent qu'à aller frapper à la porte du voisin, le Dr B***, qui se fera *un plaisir* de déclarer—sous serment—que la note de son collègue est ni plus ni moins qu'exorbitante et qu'on la peut réduire de moitié, sans aucun scrupule. Ce faisant, B*** se trouve avoir fait d'une pierre deux coups ; il a joué un bon tour à ce cher A***, et s'est acquis pour lui-même la clientèle de Z***. En certains cercles, on appelle cela de la gentillesse et de la probité.

Pouvons-nous espérer voir changer cet état de choses ? Le doute peut être permis, si l'on considère les dispositions innées de certaines gens. Et pourtant, nous ne pourrions que gagner à rester unis, à serrer les rangs pour nous soutenir mieux, et à ne plus faire qu'*un* quand il s'agit de défendre nos privilèges. Nos frères les avocats ont bien plus que nous l'esprit de corps professionnel. Ils ont parfois, il est vrai, l'humeur un peu belliqueuse, mais cela ne les empêche pas de se protéger, même entre rivaux, chaque fois qu'il en est besoin.

Morphiomanie.

M. le Dr Ths Larue, de Compton, nous adresse, au sujet de l'*abus des injections hypodermiques de morphine*, une correspondonce que le manque d'espace nous empêche, à notre grand regret, de publier avec la

présente livraison. Dans cette communication, le Dr Larue s'élève avec raison, non pas contre l'usage judicieux et raisonné de la seringue hypodermique, mais bien contre l'emploi inconsidéré et souvent routinier que font des injections sous-cutanées de morphine certains praticiens qui prétendent poser en partisans enthousiastes de cette méthode.

Notre confrère et ami jette le cri d'alarme et met la profession en garde contre la tendance très facile qu'il y a de passer de l'usage à l'abus, de même que contre le peu de précautions qu'apporte trop souvent le médecin dans le choix des cas qu'il croit justiciables de la méthode hypodermique. Il cite, à l'appui de sa thèse, deux cas malheureux où un médecin, appelé auprès de deux malades âgés respectivement de 70 et 65 ans, et souffrant, l'un de gastralgie, l'autre d'asthme bronchique avec expectoration abondante, crut oppertun d'administrer à chacun une injection de morphine dont la conséquence fut la mort en moins de deux heures. Dans le cas d'asthme il y avait en outre des symptômes très évidents de lésion avancée du rein, contrindication presque formelle à l'emploi de l'opium et de ses alcaloïdes.

Nous n'hésitons pas à reconnaitre, avec notre correspondant, que l'on prend en général trop peu de précautions dans l'administration de la morphine, surtout en injections sous-cutanées. Le médecin satisfait d'avoir procuré à son malade un prompt soulagement en même temps qu'un sommeil ardemment désiré, ne songe pas assez à surveiller les effets subséquents de la médication. Trop souvent aussi il ne pèse pas assez les diverses conditions d'âge, de tempérament et d'habitudes, la nature de la maladie, etc. De là les accidents du genre de ceux rapportés par M. le Dr Larue. Comme le choloroforme et le chloral, la morphine est un *ami mortel* dont il faut savoir se servir à point, et se défier toujours.

Maltine.—Deux médicaments comparativement nouveaux, mais dont les propriétés sont généralement reconnues : le Viburnum Prunifolium employé dans certaines maladies utérines, et surtout comme tonique pour prévenir l'avortement, et le Yerba Santa indiqué dans les affections des voies respiratoires et plus particulièrement la bronchite et l'asthme, ont été très heureusement alliés à la Maltine.

La Malto-Viburnine et la Malto-Yerbine sont d'une digestibilité parfaite et la Maltine y complète l'action de ces deux médicaments employés dans les affections presque toujours accompagnées de débilité ou de quelque désordre de nutrition.

La Maltine alliée à la pepsine et à la pancréatine constitue aussi un agent très bien adapté au traitement de certaines formes de dyspepsie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cooper Medical College, San Francisco. Annual announcement.—Session 1884.

Fifth biennial report of the State Board of Health of Maryland. January 1884.

Cyr (Jules) M.D.—De l'affection calculeuse du foie et de son traitement.—Paris—Delahaye et Lecrosnier, éditeurs—1884.

NOUVELLES MEDICALES.

La Société Médicale du comté de Kings vient de suspendre la publication de ses travaux.

Faculté de médecine de Paris.—Par décret en date du 5 Février, M. Tarnier, agrégé des facultés de médecine est nommé *professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants*, à la Faculté de médecine de Paris.

Société d'Hygiène P. Q.—La Société d'Hygiène de la Province de Québec demandera son incorporation à la prochaine session du parlement provincial. Capital: $10,000. Il est à peu près certain que la publication du *Journal d'Hygiène* commencera au mois de mai prochain.

Health and Home.—Tel est le titre sous lequel M. F. N. Boxer, de Montréal, vient de fondre un journal qui, comme son nom l'indique, est destiné à promouvoir les intérêts de la santé publique et privée. *Ad multos annos!*

Résignation.—Son Honneur le juge Dugas a donné sa démission comme membre du Bureau de Santé. Comme beaucoup d'autres, Son Honneur est passablement dégoûté de la façon dont les choses se font au Bureau de Santé de notre bonne ville.

Dîner des pharmaciens.—Lundi soir, le 21 février dernier, a eu lieu, à l'Hôtel Richelieu, le dîner des membres de l'Association Pharmaceutique et du Collége de Pharmacie.

Plus de cent convives étaient réunis dans la grande salle à manger et ont fait honneur au splendide menu d'*Isidore*.

M. H. Lyman présidait, assisté de MM. Kerry et Evans.

Après que l'on eût satisfait l'estomac, les toast suivants ont été présentés: la Reine, le Gouverneur-Général, le Lieutenant-Gouverneur, l'Association Pharmaceutique et le Collége de Pharmacie, la Profession médicale, les Pharmaciens en gros, nos Professeurs, nos Invités, les Dames.

Durant la soirée, plusieurs chansons ont été rendues avec beaucoup de goût par MM. Dugal, Mills, Baridon, Rogers et Morin.

Des discours ont été prononcés par MM. H. F. Jackson, R. Dugal, Dr Picault, Lyman, Reed, Bemrose, Baridon et autres.

On s'est séparé à une heure avancée, après une excellente soirée et un dîner hors ligne.

NAISSANCES.

Belleau.—A St-Isidore, Dorchester, le 21 février, la dame du Dr E. T. Belleau, une fille.

Brossoit.—A Beauharnois, le 26 février, la dame du Dr N. A. Brossoit, un fils.

Archambault.—A Montréal, le 28 février, la dame du Dr G. Archambault, un fils.

DÉCÈS.

DeGuise.—A Québec, le 22 février, Marie-Joséphine-Adèle, fille de feu le Dr Chs. DeGuise.

Lamoureux.—A Montréal, le 5 mars, Marie-Julie-Anna, âgée de 4 ans et 7 mois, enfant du Dr F. T. C. Lamoureux.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—**M. LARAMEE.**

Du goitre.

Je profite de la présence dans nos salles, d'un cas bien caractérisé de goître, pour vous entretenir de cette maladie au sujet de laquelle vous serez consultés plus d'une fois.

Qu'entend-on par le mot goître? Le goître est l'hypertrophie ou augmentation de volume, pure et simple, de la glande thyroïde. Cette hypertrophie se présente sous la forme d'une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, située sur le larynx et la trachée. Dans le cas qui nous occupe, le goître est passablement développé, mais il peut atteindre des proportions beaucoup plus considérables. Ainsi, on cite des cas où la glande hypertrophiée descendait jusqu'à l'ombilic et même jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Quelquefois, le goître, au lieu de descendre, remonte en arrière, vers la nuque; j'ai eu occasion d'en observer un cas semblable chez lequel les cheveux retombaient sur la tumeur de manière à faire croire que le malade portait un énorme fichu autour de son cou. Le goître est ordinairement bilatéral; c'est généralement le lobe droit de la glande qui est affecté. Ce qui incommode le plus les malades dans les cas de goître, c'est la gêne parfois considérable de la respiration et de la déglutition produite par la tumeur comprimant, par sa face profonde le larynx et la trachée et allant quelquefois jusqu'à contourner ces organes. C'est ce que nous remarquions chez ce malade quand il est entré à l'hôpital; outre que sa respiration était laborieuse, il avait aussi de la difficulté à avaler les aliments solides et même les liquides. Nous avons au reste une preuve évidente que le goître a des rapports intimes avec le larynx dans le fait que la tumeur remonte chaque fois que le malade fait un mouvement de déglutition. Ce mouvement de la tumeur ne lui appartient pas en propre, cela va de soi, mais lui est communiqué par les mouvements de l'organe sur lequel elle repose. De fait, le goître n'a pas de mouvements, parce que les vaisseaux qui y entrent ne sont ni assez gros, ni assez dilatés pour faire pulsater la tumeur. Néanmoins, si cette dernière était fortement appuyée sur quelque artère de gros calibre,comme la carotide, les pulsations de l'artère lui seraient communiquées. Dans le cas présent, vous voyez qu'on ne constate absolument aucun mouvement.

Presque toujours le goître est endémique. Il se montre de préférence parmi les populations des montagnes ou des pays montagneux. C'est ainsi qu'il existe à l'état d'endémie parmi les populations de

la Suisse, des Alpes, des Pyrénées et des Vosges. Ici, en Canada, nous le rencontrons assez fréquemment, et il n'en est peut-être pas un seul parmi vous qui ne puisse indiquer une localité ou paroisse où le goître n'existe pas. Le fait est que notre pays est assez riche en chaînes de montagnes pour expliquer ce fait. J'ajouterai que notre malade a résidé pendant cinq ans à Oka.

Le goître se rencontre aussi dans les vallées et les pays plans, mais beaucoup moins fréquemment ; il est plus commun à la campagne que dans les villes. On le dit rare dans certaines parties des États-Unis, surtout à Philadelphie, mais il est assez commun dans les environs de New York, dans la Pensylvanie et la Virginie.

A quoi le goître est-il dû ?

Les uns l'attribuent à l'usage d'eau renfermant des sels de magnésie ou des sels calcinés, ou à l'usage d'eau de neige ; les autres croient qu'il est dû à l'absence d'iode dans l'air atmosphérique et dans l'alimentation. Il y a du vrai, sans doute, dans ces diverses hypothèses, mais ce qui est plus vrai encore, c'est que l'on voit des sujets faisant usage d'eau magnésienne, ou calcaire, ou de neige, ou habitant des pays montagneux, et qui cependant ne souffrent pas et n'ont jamais souffert du goître. Pourtant, l'opinion qui rattacherait la cause du goître à l'absence d'iode dans l'air ou l'eau potable semble être très accréditée aujourd'hui. L'iode, vous le savez, est aussi nécessaire à l'économie que le fer. Une mauvaise alimentation, un air vicié, l'habitation de lieux humides, toutes ces conditions agissent comme causes prédisposantes du goître par le fait qu'elles amènent une diminution de la proportion d'iode renfermée dans l'air atmosphérique.

On dit aussi que l'habitude d'aller le cou nu et celle de porter un fichu trop serré sont aussi, de même que la constitution scrofuleuse, des causes prédisposantes du goître.

Le goître est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Rarement on le rencontre avant l'âge de 7 ou 8 ans. Notre malade a 47 ans. Or il est rare que la maladie fasse sa première apparition à un âge aussi avancé qui est plutôt l'âge des productions malignes. Ces productions morbides sont les kystes séreux, dont les parois peuvent devenir, à la longue, fibreuses, cartilagineuses, osseuses, plus rarement des noyaux squirrheux ou du tissu encéphaloïde, mais ce sont autant de complications. Ce malade nous dit avoir eu une première attaque de goître à pareille époque, l'an dernier, et en a guéri presque complètement. Je dis *presque* complètement, car au dire du patient, il lui est resté, après la disparition quasi-totale de la tumeur, une certaine gêne de la respiration.

Je résumerai cette question de l'étiologie en disant qu'il n'est pas toujours facile de saisir, dans tous les cas, la cause intime de la maladie. Il est probable que cette cause n'est pas unique mais multiple.

Le diagnostic du goître simple se fait en général sans trop de difficultés. La maladie peut être confondue avec le goître exophthalmique et avec une tumeur siégeant dans la glande thyroïde.

Le goître exophthalmique est assez rare. Il se montre généralement chez les jeunes sujets, surtout chez les jeunes filles nerveuses. Il se présente à nous sous trois symptômes qui le caractérisent essentiellement et que nous n'observons pas dans notre cas. Ce sont : 1o Les palpitations cardiaques ; 2o Les pulsations siégeant dans la tumeur

dont les vaisseaux sont dilatés outre mesure ; 3o L'exophthalmie. Ces palpitations, survenant par accès, sont parfois excessives et s'accompagnent d'une très notable accélération des battements cardiaques, de 120, 140 et même 200 à la minute. Les palpitations peuvent se manifester avant le développement exagéré de la glande, mais l'exophthalmie ne vient habituellement qu'en dernier lieu. Les pulsations de la tumeur sont dues à la dilatation extrême des vaisseaux qui s'y distribuent. Quand notre malade s'est présenté à nous pour la première fois, il présentait quelques signes superficiels qui pouvaient faire croire à un goître exophthalmique. Ainsi, on remarquait une légère proéminence des globes oculaires, une congestion évidente des vaisseaux de la face et des conjonctives ; celles-ci étaient larmoyantes. Mais le malade nous dit que ses yeux ont toujours été proéminents de la sorte ; de plus, la pression de la tumeur sur les veines de la région cervicale expliquait amplement les phénomènes congestifs que nous remarquions à la face. La tumeur, remarquez-le bien, ne pulsatait pas du tout.

Je dirai en passant que la pression du goître sur les vaisseaux cervicaux, si elle est un peu considérable, peut produire un certain degré de congestion cérébrale passive qui se traduit par de la céphalalgie, de la lourdeur de tête. des accès de mauvaise humeur, etc., comme cela s'est montré chez notre malade, à cause de la gêne du retour du sang veineux de la région céphalique. Il peut même survenir de l'hémorrhagie cérébrale, surtout s'il y a déjà prédisposition par endartérite ou périartérite.

Les tumeurs qui pourraient le plus facilement nous en imposer dans ce cas sont le cancer, le kyste, le tubercule, les productions ostéoïdes. Ces dernières, ainsi que le kyste, peuvent être facilement éliminées, vu l'absence totale des signes qui leur sont propres. Cet homme n'est pas à l'âge où se développent d'ordinaire les tubercules. Les poumons sont sains et il n'y a nulle part ailleurs signe de tuberculisation Le cancer ne suit pas la marche que nous avons observée dans ce cas. Car il ne faut pas oublier que ce malade a eu, l'an dernier, une attaque semblable de goître, dont il s'est guéri presque complètement. Il n'y a enfin ni amaigrissement ni cachexie.

Pour ce qui est du traitement du goître, vous n'ignorez pas que l'iode passe pour être l'antagonisme par excellence de l'hypertrophie du corps thyroïde. Le fait est que de tous les modes de traitement employés jusqu'ici pour combattre le goître, le traitement par l'iode est celui qui a donné les meilleurs résultats.

L'iode s'administre intrà et extrà. Localement, on emploie la teinture d'iode comme révulsif ou mieux encore l'onguent d'iode comme fondant. A l'intérieur on donne soit l'iode soit l'iodure de potassium. Notre malade a été, à son arrivée à l'hôpital, mis immédiatement au régime iodé. Nous avons fait faire des frictions avec l'onguent d'iode, et à l'intérieur avons prescrit la solution de Lugol. De plus nous avons, avant-hier, essayé un moyen que l'on a beaucoup recommandé dernièrement, c'est l'injection de teinture d'iode dans la substance même de la glande. Ce traitement a donné entre les mains de quelques praticiens des résultats très satisfaisants. Ainsi on a rapporté 36 guérisons sur 48 cas de goître traités par cette méthode.

Les injections produisent très peu de phénomènes inflammatoires ; elles se pratiquent de temps à autre, 30 gouttes d'iode étant injectées

à la fois. Ici nous n'avons pas encore eu le temps de constater les bons effets du traitement. Nous les pourrons voir mieux dans quelques jours.

L'alimentation du goîtreux doit être telle qu'elle contienne une aussi grande quantité d'iode que possible. Ainsi vous devez lui recommander les œufs, le lait, le cresson, etc. L'usage de l'huile de foie de morue est aussi recommandable. A ceux de vos malades qui s'en sentiraient le goût, vous pouvez aussi conseiller comme articles de diète, les écrevisses et les grenouilles dont la chair renferme une assez forte proportion d'iode.

Parmi les autres médicaments conseillés contre le goître, nous avons l'onguent de biniodure de mercure, l'onguent d'oxyde noir de cuivre, etc., mais aucun d'eux n'a encore donné de résultats comparables à ceux de l'iode.

Le changement de lieu trouve bien ici son application vû qu'on cite le fait que des jeunes gens qui, après avoir contracté le goître en buvant l'eau d'une même source, pour échapper à la conscription, n'avaient qu'à changer d'habitation et de boissons, pour que leur goître disparût.

La chirurgie intervient peu dans le cas de goître, sauf dans les cas où il y a menace bien grande d'asphyxie.

Depuis que notre malade a été soumis aux injections parenchymateuses d'iode, le goître a diminué d'à peu près 22½ pouces sur sa circonférence.

Considérations sur la lymphangite utérine; (1)

par Flavien Dupont, M. D., Montréal.

Comme je vous l'ai promis à la dernière séance, je vais aujourd'hui passer en revue les différentes théories de la péritonite puerpérale.

Ces théories peuvent se résumer comme suit:

1° Inflammation de péritoine, par voisinage du tissu utérin enflammé.

2° Inflammation cheminant le long des fibres de la trompe.

3° Cavité tubaire propageant l'inflammation à la séreuse.

4° Formation d'une salpingite indépendante de l'utérus, pus évacué dans le péritoine, péritonite.

5° Altération primitive de l'ovaire; voisinage de la séreuse, péritonite.

6° Péritonite par phlébite.

7° Enfin, lymphatiques transportant les inflammations ou les matières septiques de l'utérus au péritoine.

Je me propose de discuter la valeur relative de chacune de ces théories et d'éliminer, après examen, celles qui ne pourront supporter une discussion sérieuse.

Cependant, il serait bien long et bien ennuyeux de discuter un à un les arguments apportés par les auteurs à l'appui de leur thèse. Aussi, pour plus de brièveté, allons-nous soumettre aux seules épreu-

---

Suite.—Voir la livraison de mars.

ves de l'anatomie pathologique ou de la physiologie, les différentes lésions ou mécanismes qu'ils ont invoqués. Quand leurs théories auront ainsi passé par ce creuset, nous verrons ce qu'elles valent, et partant, l'importance que nous pouvons leur accorder. S'il est vrai que la saine clinique doit s'appuyer sur l'anatomo-pathologie, nous n'aurons pas de reproche à faire à ce mode d'examen, et nous aurons, comme résultat de son emploi, des raisons solides pour motiver notre adhésion. Après cette revue générale faite, nous considérerons les signes différentiels de la phlébite et de la lymphangite.

Entrons maintenant en matière. Et d'abord, arrêtons-nous un instant à la première théorie: Inflammation du péritoine, provoquée par le tissu utérin enflammé.

Les autopsies nombreuses qu'on a faites dans des cas de péritonites puerpérales ont trop souvent montré le tissu musculaire de l'utérus parfaitement sain, sans aucune trace d'inflammation, pour que nous puissions considérer cette théorie comme bien fondée. Aussi Lucas-Championnière, après de nombreuses coupes pratiquées sur tous les points de la matrice, se sent-il tout-à-fait disposé à rejeter complètement cette interprétation. D'après cet auteur, pour les mêmes raisons Copland n'aurait pas été plus heureux en affirmant que l'inflammation chemine le long des fibres de la trompe et arrive ainsi à enflammer le péritoine.

Donc, à défaut de preuves suffisantes, nous rejetons ces deux premières théories et nous passons immédiatement à l'examen de la troisième qui est tout-à-fait séduisante par sa simplicité: Propagation de l'inflammation par la cavité tubaire. En effet, quoi de plus simple et de plus séduisant? Toutefois, avant de nous y rallier, voyons comment elle peut supporter la discussion.

Par cette voie, la transmission de l'inflammation ne saurait se faire que de deux manières:

1° Par inflammation de la muqueuse tubaire, enflammant par voisinage le péritoine, ou

2° Par transport de matières septiques déversées dans la cavité abdominale.

Et d'abord, nous avons dit: Par inflammation de la muqueuse, etc.

Comment pourrions-nous soutenir cette théorie, en face des nombreuses autopsies qui nous montrent la muqueuse tubaire parfaitement saine, ou altérée dans ses deux tiers externes seulement. Encore dans cette dernière lésion nous pourrions peut-être trouver un motif pour notre adhésion. Mais cette altération n'est pas constante, et nous avons vu et admis que cette inflammation des deux-tiers externes s'expliquait par des phenomènes de voisinage que nous avons étudiés dans l'anatomo-pathologie. Donc, encore ici, nous avons de fortes objections contre ce mode de transmission des inflammations de l'utérus au péritoine.

Et d'autre part, après avoir vu dans les expériences de Fontaine combien est difficile la pénétration dans la trompe des liquides injectés dans l'utérus, nous ne sommes pas portés à accepter facilement le transport des matières septiques par cette voie. "Il faut, dit Fontaine, " exercer une forte pression pour que les liquides pénètrent dans la " cavité tubaire." Il n'en faudrait pas une moins grande n'est-ce pas, pour que les matières septiques contenues dans l'utérus pussent se

déverser, par cette voie, dans la cavité abdominale. Or, comme dans nos circonstances, cette pression *nécessaire* manque absolument, la théorie tombe d'elle-même.

De plus, en considérant l'étroitesse naturelle de l'orifice tubaire, étroitesse qui va jusqu'à en rendre l'examen difficile, et, qui plus est, quand nous songeons à l'oblitération presque complète de cet orifice étroit par les replis de la muqueuse, nous devenons de plus en plus réfractaires à cette opinion, qui, en y réfléchissant, nous apparait comme une conception anti-physiologique.

" De fait, s'il y avait là cette communication facile que l'on suppose, " on ne concevrait pas qu'une femme pût accoucher sans avoir une " péritonite; même, elle ne pourrait avoir ses règles sans qu'il passât " une certaine quantité de liquide dans le péritoine pour l'enflammer" (Championnière).

Nous savons maintenant ce que vaut cette troisième théorie. Examinons-en une quatrième soutenue par Bernutz : Salpingite sans communication avec l'utérus, pus évacué dans le péritoine, péritonite.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps ici, car en présence de faits contradictoires où la trompe est trouvée parfaitement saine, et pour nous qui regardons son inflammation comme secondaire, nous ne saurions adhérer bien fort à cette théorie, surtout quand l'examen des pièces nous permet d'en émettre une plus générale, plus rationnelle et plus constante.

Maintenant, que dire de la cinquième théorie : Altération primitive de l'ovaire, péritonite par voisinage ?

Nous ne saurions nier que l'inflammation de l'ovaire suffit à produire une péritonite. Mais de là à la possibilité de faire de cette altération une cause générale de péritonite, il y a loin. Et une telle conclusion serait imprudente, surtout, comme nous l'avons vu ailleurs, quand certains auteurs font aujourd'hui de l'ovarite une affection consécutive à la métrite et admettent que l'inflammation serait ainsi transportée de l'utérus à l'ovaire par l'intermédiaire des lymphatiques mêmes. Cette interprétation, avouons-le, affaiblit considérablement cette théorie et lui enlève encore du peu d'importance que nous venons de lui accorder.

Ceci dit, il ne nous reste plus qu'à examiner la valeur respective de la phlébite et de la lymphangite comme cause de péritonite puerpérale.

Avant d'entrer dans le vif de la question, il est d'abord nécessaire de dire qu'un grand nombre de ceux qui se sont occupés de cette étude ont *souvent* confondu les vaisseaux des deux ordres, en prenant des lymphangites pour des phlébites. Cruveilhier lui-même dit qu'il a souvent fait cette méprise, et Lucas-Championnière confesse avoir commis la même faute au début de ses recherches. De plus, nous trouvons dans des ouvrages, fort recommandables d'ailleurs, des descriptions de phlébite, qui, aujourd'hui, avec nos connaissances positives sur les lymphatiques utérins, conviennent de toutes pièces à la lymphangite. Pour preuve, je vous cite la description suivante faite par Béhier. D'abord, comme le fait remarquer très judicieusement Lucas-Championnière, il recherche les veines utérines surtout sur les côtés et aux angles de l'utérus, puis il dit : " Enfin, plus profondément encore, c'est du pus véritable que l'on trouve, pus *crémeux*, tout-à-fait phlegmoneux.

ou bien ce pus est plus *concret*, comme disposé en *caillots purulents*. Les parois veineuses au niveau de cette collection *sont parfois et même assez souvent d'un blanc nacré*, sans apparence d'injection ou de fausses membranes."

Localisation, apparence, couleur blanc-nacré, pus crémeux, caillots purulents, tout est complet ; il n'y a pas de doute à conserver sur la nature de ces vaisseaux. Aussi Championnière, après une étude minutieuse des observations de Béhier, dit qu'il n'a conservé aucun doute sur la méprise qu'à faite ce dernier, dans la plupart des cas qu'il rapporte. Et il en est ainsi des observations de Dance, de Tonnelée et de celles de Billoir.

Ceci dit, la confusion étant admise, nous voyons jusqu'à quel point on a pu exagérer la fréquence de la phlébite et l'importance du rôle joué par elle dans la production de la fièvre puerpérale.

Pouvons nous expliquer de quelque façon ce peu de fréquence de la phlébite dans les complications puerpérales ? Anatomiquement, Virchow et Cruveilhier l'expliquent par la thrombose des sinus veineux, qui ferme ainsi cette voie au passage des matières septiques, et cliniquement, nous pouvons l'expliquer par *la rareté de l'infection purulente dans les cas de ce genre.* Donc, pour toutes ces raisons, sans nier toutefois le rôle qu'elle peut jouer, nous devons diminuer considérablement l'importance de la phlébite dans le développement des accidents puerpéraux.

Maintenant, il ne nous reste plus qu'à nous occuper de la lymphangite et à voir si nous ne trouvons pas dans cette affection une explication plus facile et plus fréquente de la péritonite puerpérale.

Nous avons vu ailleurs combien étaient fréquentes les douleurs du côté des annexes dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Nous avons prouvé que ces douleurs étaient liées à une inflammation des lymphatiques.

Nous savons tous combien sont fréquentes les lésions de l'utérus après l'accouchement.

Nous avons démontré la relation qui existe entre la lymphangite et les traumatismes et les lésions de la matrice.

Et enfin nous avons reconnu à cette lymphangite une grande puissance à produire la péritonite.

Messieurs, inutile que nous poussions plus loin, nous avons dans ces quelques propositions tout ce qu'il nous faut en fait de preuves irrécusables pour affirmer la fréquence et l'importance de la lymphangite dans le développement de la péritonite puerpérale.

Et maintenant que nous avons passé en revue toutes les théories de la fièvre puerpérale, nous pouvons affirmer, en toute sûreté, qu'aucune ne saurait avoir une si grande importance, et partant mériter plus notre adhésion que celle du développement des accidents puerpéraux par la lymphangite utérine.

C'est là la seule conclusion à laquelle je veux arriver. Mon intention n'est pas de faire accepter cette théorie à l'exclusion de toute autre. Non. Mon seul désir est d'empêcher de confondre, sous le nom vague de fièvre puerpérale, des groupes de maladies que nous devrions au moins différencier par l'anatomie pathologique, (c'est ce que demande Lucas-Championnière,) et de faire accorder à chacune d'elles l'importance qu'elle commande par sa fréquence et par

sa gravité. Cette distinction nous guidera avantageusement dans l'institution de notre traitement et aidera beaucoup à son succès. N'aurions-nous retiré de ce travail que ce résultat, je considère que nous n'aurions pas encore perdu notre temps.

Bien que nous en ayions vu assez pour nous permettre d'établir la fréquence relative de la phlébite et de la lymphangite dans la part qu'elles prennent au développement de la péritonite puerpérale, il ne sera pas inutile d'y ajouter encore quelques témoignages qui, sans doute, aideront à porter la conviction dans les esprits.

Ces témoignages viennent appuyer l'opinion qui veut que nous trouvions dans la fréquence de la péritonite, dans les cas qui nous occupent, un argument en faveur de la lymphangite.

A ce propos Botrel a dit: " La péritonite est une *conséquence nécessaire* de l'angioleucite, tandis qu'assez souvent, dans la phlébite, l'inflammation n'atteint pas la séreuse." Cette conclusion est peut-être trop rigoureuse, pour ce qui a trait à la nécessité de la péritonite, dans la lymphangite; aussi croyons-nous plus prudent de dire simplement, avec Lucas-Championnière, que : " parmi les péritonites puerpérales, " un *grand nombre* sont consécutives à la lymphangite utérine."

A ces témoignages précieux, nous pouvons encore ajouter celui de Cruveilhier, qui savait distinguer la phlébite de la lymphangite et qui dit n'avoir observé, de 1830 à 1832, que 8 cas de phlébite contre un grand nombre de cas d'angioleucite. Et plus loin : " tandis que la " phlébite purulente s'observe assez souvent indépendamment de la péritonite, la lymphangite s'accompagne *presque toujours* de péritonite et " de phlegmon du tissu cellulaire sous-péritonéeux."

Inutile de tirer des conclusions; contentons-nous de résumer ce qui précède dans les termes suivants :

Parmi toutes les théories que nous venons d'énumérer, un certain nombre doivent être rejetées, comme la 1ère, la 2me, la 3me et la 4me.

Les trois autres étant appuyées sur des faits plus constants, nous pouvons leur accorder plus de valeur. Mais les plus importantes d'entre elles sont celles de la phlébite et de la lymphangite, et entre ces deux dernières, la lymphangite doit tenir le premier rang, car elle est plus fréquemment confirmée que les autres par la clinique et l'anatomopathologie.

Messieurs, je vais maintenant essayer d'établir une distinction entre la phlébite et la lymphangite utérine. Les moyens de distinction dans ce cas appartiennent à deux ordres de faits différents: les uns à la clinique et les autres à l'anatomie pathologique.

Pour plus de concision, je procéderai, si vous voulez bien me le permettre, d'une façon sommaire, et nous verrons d'abord les différences que nous permet de voir l'anatomie pathologique entre ces deux ordres de vaisseaux enflammés.

Je mets en regard les lésions des uns et des autres :

LYMPHANGITE.	PHLÉBITE.
1o Les vaisseaux aboutissent à des ganglions.	1o Les veines n'aboutissent pas à des ganglions.
2o Ces vaisseaux sont munis de valvules.	2o Les veines utérines en sont dépourvues.
3o Les lymphatiques présentent une paroi mince, bosselée, et d'un blanc nacré.	3o Les veines ont une paroi épaisse, fragile, injectée, adhérente aux parties voisines.

4o Les lymphatiques contiennent un pus blanc, crêmeux et bien lié, quelquefois des caillots fibrineux blancs, sans mélange de sang.	4o Les veines contiennent des caillots adhérents, une matière puriforme mélangée de matière colorante rouge.
5o Les lymphatiques apparaissent surtout aux angles et sur les côtés de l'utérus, au point de réunion du col et du corps.	5o Les veines n'ont pas de localisation particulière, ne sont pas limitées comme les lymphatiques, et montrent beaucoup de sinus enflammés à la surface placentaire.

Voilà, messieurs, pour la partie anatomique; voyons ce que la clinique met à notre disposition pour aider à la distinction que nous voulons faire.

M. Siredey, dans un travail publié en 1875, dans les *Annales de Gynécologie*, s'est appliqué à rechercher les signes différentiels de ces deux affections. Voici les résultats auxquels il serait parvenu. D'après lui, une douleur vive, un début très rapproché de l'accouchement, une élévation brusque de la température et sa persistance au summum seraient d'excellents indices de lymphangite; tandis qu'un début moins vif, une élévation de température moins prompte, des irrégularités de la fièvre, des frissons répétés, une marche moins rapide caractériseraient la phlébite. Si je ne me trompe, nous avons là tous les éléments nécessaires à cette distinction, et avec un peu d'attention, nous pourrons toujours établir assez facilement à laquelle des deux affections nous avons affaire. Dans les cas douteux, nous pourrons toutefois nous renseigner au moyen du toucher vaginal. Nous trouverons, dans le cas de lymphangite, en touchant dans le cul-de-sac postero-latéral, des trainées irrégulières et douloureuses, aboutissant à des ganglions plus ou moins volumineux, caractères que nous ne saurions retrouver dans le cas de phlébite.

Messieurs, je ne puis terminer sans faire remarquer que dans cet examen, si je ne me suis pas occupé de la cause générale qui peut dominer toutes les lésions que nous avons passées en revue, c'est à dessein que je l'ai fait. Je n'ai voulu étudier ici que la lésion en elle-même, dans ses caractères et son importance, en un mot, sans me soucier du génie de la maladie, je n'ai cherché qu'à indiquer la porte d'entrée du mal et je l'ai suivi dans les ravages qu'il peut causer sur son passage. Toutefois, puisqu'à l'article traitement, nous aurons à tenir compte de la cause générale, peut-être ne paraîtra-t-il pas hors de propos d'ajouter que nous l'acceptons, quelle qu'elle soit, avec tous ses caractères et toute sa puissance.

Pour nous, qu'elle dépende de l'encombrement, de l'épidémie, ou de la contagion, peu nous importe, et nous reconnaissons volontiers l'influence qu'elle peut avoir sur la marche et la terminaison de la maladie, et cela nous suffit. De là à dire que nous sommes disposés à voir dans tous les cas mortels l'influence d'un genre spécial, il y a loin. Le vent est aux microbes. Des hommes considérables et puissants y croient. Celui de la fièvre puerpérale a été découvert. Pasteur nous l'a fait voir. Nous y croyons. Mais je crois aussi que les complications puerpérales peuvent être graves, mortelles même, en dehors de son influence. Le pronostic seul de la péritonite simple me suffit et m'autorise à persister dans cette opinion.

NOTES DE THERAPEUTIQUE ; (1)

Par H. E. Desrosiers, M. D.,
Professeur à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Paraldéhyde.—Alcool et anesthésiques.—Agaricine.—Iodure d'éthyle.—Acide salicylique.—Transfusion.

Paraldéhyde.—Tel est le nom d'un nouvel agent hypnotique que l'on est à expérimenter en divers endroits, et qui, si l'on en croit les résultats déjà obtenus, serait appelé à prendre place dans la thérapeutique à côté de l'opium et du chloral.

La paraldéhyde est une modification isomère de l'aldéhyde. Elle est plus soluble dans l'eau froide que dans l'eau chaude.

D'après Morselli (*Revue des sciences médicales*), l'action hypnotique de la paraldéhyde est analogue à celle de l'hydrate de chloral, avec cet avantage qu'elle ne modifie ni la circulation, ni la respiration. Elle n'offre pas les mêmes dangers dans son emploi chez les aliénés.

Cinq, dix ou vingt minutes après l'administration de cette substance, la période hypnotique est commencée. La dose efficace varie de 18 à 72 grains, le sommeil durant de deux à sept heures. Quant le médicament a été administré à doses modérées, le réveil, d'après Peretti et les autres observateurs, n'est accompagné ni de malaise, ni de maux de tête, ni de troubles des voies digestives. A doses élevées, Berger a remarqué au réveil de la céphalalgie, nausées, vomissements, du vertige et une sorte d'ébriété.

Suivant Peretti, la paraldéhyde aurait sur le chloral les avantages suivants : 1o Même à fortes doses, elle est sans danger pour l'action du cœur ; 2o Elle n'a pas d'effet convulsif ; 3o Elle produit rapidement le sommeil sans amener d'abord un stade d'excitation, et sans provoquer d'état congestif; 4o Le réveil (à doses modérées) ne s'accompagne d'aucune sensation désagréable. D'autre part, elle aurait comme inconvénients : 1o De déterminer une rapide accoutumance, de sorte que, bien plus encore que pour le chloral, il faut augmenter la dose ; 2o De communiquer à l'haleine une odeur pénétrante et désagréable.

Comme ceux du chloral, les usages de la paraldéhyde sont multiples. Morselli l'a essayée, et avec succès, comme calmant et hypnotique, dans toute les formes de l'aliénation mentale, dans la paralysie générale, l'épilepsie, l'hystérie et dans d'autres maladies, la bronchite, la pneumonie, les affections du cœur. Il a presque toujours obtenu un sommeil tranquille, profond et sans aucun désordre circulatoire ou cérébral ; 50 grains de paraldéhyde sont suffisants pour obtenir un sommeil de quatre à sept heures, non interrompu. L'auteur n'hésite pas à comparer l'influence de la paraldéhyde à celle du chloral et de la morphine dans les maladies mentales, et à lui donner la préférence dans certains cas, notamment dans la mélancolie avec agitation. Elle a paru utile et sans danger dans quelques cas de paralysie générale. Dans les maladies de poitrine, elle a non seulement procuré le sommeil, mais encore combattu la dyspnée et la toux. Enfin, elle a été également employée chez les cardiaques sans aucun danger.

(1) Voir la livraison de novembre 1883.

M. Dujardin-Beaumetz qui a soumis un grand nombre de ses malades à l'action de la paraldéhyde a obtenu les résultats suivants : Comme hypnotique, la paraldéhyde s'est montrée supérieure à la morphine et au chloral, mais cette supériorité cesse lorsqu'on compare ces trois médicaments au point de vue de l'action calmante, et tandis que le chloral et surtout l'opium calment la douleur, quelquefois même sans déterminer le sommeil, la paraldéhyde est impuissante à obtenir même la cessation des phénomènes douloureux. La paraldéhyde sera donc un excellent médicament dans l'insomnie, même dans celle qui survient chez les morphiomanes. (*Bulletin de thérapeutique*)

M. Constantin Paul a, pour sa part, obtenu des succès contre la morphiomanie, en se servant de la paraldéhyde.

La paraldéhyde est, comme on le voit, une substance qui promet beaucoup. Pourvu qu'elle ne nous ménage pas une déception du genre de celle dont nous a gratifiés l'éther bromhydrique, d'anesthésique mémoire.

Alcool et anasthésiques.—Dans une note insérée dans la *Tribune médicale*, M. le Dr Dubois, préparateur de physiologie à la Faculté des Sciences, étudie l'influence de l'alcool sur l'action physiologique des anesthésiques et en particulier du chloroforme et de l'éther, et donne les résultats des expériences auxquelles il s'est livré dans ce but. Ces résultats se résument ainsi : Dans l'état d'alcoolisme aigu, l'anesthésie se produit plus rapidement. En conséquence, le titre du chloroforme peut être abaissé dans le mélange anesthésique. La quantité, en volume, du mélange qui doit pénétrer dans l'arbre aérien pour produire l'anesthésie et la mort, est moindre que celle qui est nécessaire à l'état normal. Les symptômes sont à peu près identiques chez les sujets alcoolisés (alcoolisme aigu) et chez ceux qui ne le sont pas ; il n'en serait pas de même dans les cas d'alcoolisme chronique et d'alcoolisme en retour, ce qui est déjà, du reste, parfaitement établi. En un mot, dans l'alcoolisme aigu, l'alcool agirait dans le même sens que le chloroforme, et l'on perdrait en résistance ce que l'on gagnerait en vitesse.

On sait qu'avant la découverte de l'éther et du chloroforme, l'ivresse alcoolique était utilisée dans le but d'amener l'anesthésie chirurgicale. Aujourd'hui, même avec l'emploi de ces deux précieux anesthésiques, on recommande l'administration d'une dose modérée d'alcool ou d'eau de vie préalablement à l'administration du chloroforme ou de l'éther. Les expériences du Dr Dubois doivent nous engager à persévérer dans l'emploi de cette méthode et même à augmenter la dose du stimulant (dose qui, si nous ne faisons erreur, est en général assez faible,) sans toutefois pousser jusqu'à l'alcoolisme aigu. L'anémie cérébrale et la syncope consécutive peuvent être, de la sorte, efficacement prévenues.

Agaricine.—On ressuscite de nouveau l'emploi de l'agaric blanc contre les sueurs nocturnes des phthisiques. Seifert, de Würzbourg (*Bulletin de thérapeutique*) s'est servi du principe actif, l'agaricine, et l'a administrée à doses de 1/10 à 1/5 gr. et en a obtenu souvent de très bons effets. L'agaricine cependant ne serait pas un remède absolu, et il faudrait parfois l'employer à doses croissantes, vû l'accoutumance qui s'en établit. Le médicament n'agit efficacement qu'au bout de cinq où six heures, d'où l'indication de l'administrer cinq ou six heures avant le retour présumé de la diaphorèse. L'agaricine aurait en outre un effet calmant sur la toux des malades et procurerait à ceux-ci un sommeil tranquille.

Iodure d'éthyle.—D'après le prof. Bartholow, de Philadelphie (*College and Clinical Record*), l'iodure d'éthyle est un antispasmodique précieux, agissant d'une manière toute particulière, et procurant un soulagement immédiat dans les cas d'asthme spasmodique. Il rendrait aussi de bons services dans la bronchite capillaire, la pneumonie catarrhale et la bronchite chronique, et semblerait appelé à remplacer la vapeur d'iode dans la thérapeutique des maladies des voies respiratoires. La dose en est de 5 à 20 gouttés, en inhalation, trois fois par jour.

Ces applications de l'iodure d'éthyle ne sont pas nouvelles. En janvier 1878, M. le prof. Germain Sée a rapporté devant l'*Académie de médecine* les succès obtenus par lui dans les accès d'asthme traités par l'iodure d'éthyle. Il avait de plus administré le médicament, et avec grand profit, dans trois cas de dyspnée cardiaque, deux cas de bronchite chronique, et un cas de laryngite œdemateuse.

Acide salicylique.—Le prof. DaCosta (*College and Clin. Record*) est d'avis que les salicylates ne sont pas aussi efficaces que l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire. Bartholow semble penser aussi de la sorte et emploie de préférence la formule suivante : ℞ Acide salicylique, ʒii ; Bicarbonate de soude, ʒi ; Eau, ℥ii.—M—*Dose :* une à deux cuillerées à thé.

Transfusion.—En janvier dernier, M. Dieulafoy a fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la transfusion du sang appliquée au traitement de la maladie de Bright. (*Union médicale*). L'éminent pathologiste prouve d'abord par des traits d'observation journalière que, dans les cas de mort par hémorrhagie, il arrive souvent qu'on sauve le malade, le liquide transfusé agissant non par sa quantité seule, mais par le fait que cet apport de sang nouveau détermine des modifications favorables dans la composition de la masse sanguine toute entière. Or c'est en considérant ce fait que M. Dieulafoy a été amené à essayer la transfusion contre les accidents dépendant de certains états dyscrasiques et notamment du mal de Bright. Il cite trois observations de malades atteints de néphrite chronique et chez lesquels fut pratiquée la transfusion. Dans le premier il y eut une amélioration rapide et notable qui se maintint quelque temps, après quoi le patient finit par succomber, l'autopsie démontrant que la guérison étant impossible, vû l'étendue et la gravité des lésions, mais faisant voir aussi que la petite quantité de sang transfusé avait dû modifier considérablement la dyscrasie du sang, puisque l'amélioration produite par la transfusion avait été si rapide. Dans le second cas, la transfusion fut faite en dernier ressort, pendant le collapsus : insuccès. Le troisième cas était celui d'un brightique confirmé, qui au bout de quinze jours pouvait quitter l'hôpital pour reprendre son métier de forgeron.

Les observations rapportées par M. Dieulafoy lui semblent donc venir à l'appui de l'opinion qui fait jouer un grand rôle à l'état dyscrasique du sang dans la maladie de Bright. M. Dieulafoy se demande si, en pratiquant la transfusion plus tôt, dès le début de l'affection, et en la réitérant d'nne façon méthodique, à intervalles rapprochés, on ne pourrait pas espérer un résultat curatif.

M. Dujardin-Beaumetz a déclaré être opposé à la transfusion dans les cas de maladie de Bright comme dans tous les cas où l'état morbide dépend de lésions organiques.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Valeur diagnostique et pronostique de l'épistaxis, par le professeur Cozzolino (de Naples).—M. Cozzolino divise les épistaxis en : 1° épistaxis traumatiques ; 2° épistaxis par lésions organiques de la muqueuse, des vaisseaux ou du squelette du nez ; 3° épistaxis mécaniques actives, ou par fluxion directe ; passives, par stase ou par fluxion indirecte ; 4° épistaxis adynamiques et dyscrasiques.

Après avoir décrit la symptomatologie de l'épistaxis, avoir étudié le diagnostic et le pronostic de cette affection prise à un point de vue général, il considère l'épistaxis dans les maladies où elle se rencontre. Tout d'abord, dit-il, l'épistaxis s'observe dans tous les traumatismes du nez et dans toutes les lésions organiques de la muqueuse, mais surtout dans les néoplasies malignes et dans les fractures de la base du crâne, cas dans lequel elle se complique souvent d'hémorrhagies par l'oreille (otorrhagies.) Son importance diagnostique, pronostique et médico-légale, en pareil cas, est telle qu'il se réserve de traiter ce sujet à part.

L'épistaxis remplace souvent un flux de sang habituel, comme la menstruation et le flux hémorrhoïdaire. Cette variété a été soigneusement étudiée par Gubler, qui a placé ces flux supplémentaires, vicariants, dans la catégorie des épistaxis mécaniques, comme celles qui atteignent les aéronautes, les plongeurs et les ouvriers qui travaillent sous pression, ou comme celles qui succèdent à un changement brusque de température, aux inhalations, à la respiration d'un air raréfié, etc.

Mais l'hémorrhagie nasale commence à acquérir une grande importance clinique dans les maladies suivantes :

Dans la *congestion cérébrale*, on a voulu voir dans l'épistaxis un symptôme précurseur de l'apoplexie (Portal, Cazalis, Franck, Watson). Les cas qui surviennent sans affection organique doivent être respectés, d'après de nombreux cliniciens, lorsqu'ils ne dépassent pas certaines limites, car leur brusque suppression est regardée dans le public comme une cause d'apoplexie, comme l'auteur l'a entendu dire par une dame fort distinguée de soixante ans, à laquelle il a dû faire le tamponnement.

Dans la leucocythémie, l'épistaxis occupe la première place par la fréquence et l'abondance. Jaccoud explique les hémorrhagies dans la leucocythémie par l'obstruction partielle du réseau capillaire par les globules blancs, comme l'ont démontré Ollivier et Ranvier. L'épistaxis se rencontre dans tout le cours de la maladie, mais principalement vers la fin.

Mais dans l'étude de l'épistaxis, ce qu'il y a de plus intéressant dans la pratique, ce sont les causes des épistaxis passives ou par stase, et l'appoint qu'elles apportent dans le diagnostic des lésions de certains viscères, comme le foie, la rate, le cœur, les poumons et les reins.

Epistaxis dans les maladies du foie.— Les anciens connaissaient l'existence de ce symptôme dans les maladies du foie. Hippocrate l'-

signalé plusieurs fois. Galien paraît avoir observé divers cas de cirrhose avec épistaxis, la cirrhose étant la lésion du foie où l'épistaxis est pour ainsi dire de règle. Arétée, Celse sont dans le même cas, et, pour arriver à notre époque, nous trouvons de nombreux auteurs qui signalent cette existence de l'épistaxis.

Les anciens, et parmi eux Hoffmann, considéraient l'épistaxis dans la jeunesse comme un signe prodromique d'une lésion du foie. Les auteurs modernes émettent des avis très différents sur la fréquence de l'épistaxis dans la cirrhose. D'après sa statistique, l'auteur conclut que ce n'est pas un symptôme habituel, mais qu'il est toutefois fréquent. Cependant Trousseau et Grisolle le croient rare, et Niemeyer et Frerichs sont de l'avis contraire. Mais un fait clinique certain, c'est que l'*épistaxis a lieu par la narine correspondant au côté malade.* Aussi l'épistaxis dans la cirrhose survient presque toujours par la narine droite; dans les maladies de la rate, il survient par la narine gauche et ainsi de suite. C'est là un fait de la même nature que celui, noté par Gubler, de la rougeur de la pommette dans la pneumonie, du côté du poumon malade.

Dans la cirrhose, l'épistaxis apparait aux diverses périodes. Mais d'après ce que M. Cozzolino a vu et lu, il conclut: que les épistaxis sont fréquentes au début, et qu'elles se rencontrent dans toutes les phases de la maladie, mais en diminuant d'intensité, ou bien elles sont remplacées par d'autres hémorrhagies (entérorrhagie, hématémèse), qui sont une grave complication de la maladie. Au point de vue du pronostic, l'épistaxis est bénigne ou mortelle, suivant l'époque de son apparition, sa fréquence, son abondance, et la coïncidence d'une autre hémorrhagie. Quant à la pathogénie, les opinions sont diverses. Les uns admettent un affaiblissement de l'action du cœur accompagné d'une nutrition vicieuse et de l'atonie des vaisseaux (Buhl); d'autres invoquent l'altération du sang par la rétention de certains matériaux de la bile, qui, en restant dans le sang, lui donnent une grande fluidité (Monneret, Gubler, Frerichs). En résumé, on peut dire que les épistaxis de la cirrhose semblent être dues aux causes diverses suivantes: 1° altération du sang consécutive soit à la diminution de la fibrine, soit à la rétention des matériaux de la bile, ou enfin à la débilité de l'absorption veineuse intestinale; 2° dégénération vasculaire consécutive aux différentes causes de la cirrhose; 3e modifications survenues dans la tension vasculaire.

En outre, dans les hyperémies du foie, aiguës ou chroniques, pyrétiques ou apyrétiques, primitives ou consécutives, l'épistaxis se montre souvent.

Dans les *maladies de la rate*, les épistaxis sont moins fréquentes que dans celles du foie, et se montrent dans les congestions passives ou persistantes, et surtout dans la dégénérescence de ces organes.

Dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'épistaxis peut se présenter à toutes les époques de l'évolution de la lésion cardiaque, mais on l'observe surtout à la période ultime. Quelques cliniciens, Gendrin, Bouillaud, Monneret, placent la cause de cette épistaxis dans la congestion du foie. Sans doute cette condition peut avoir quelque influence; mais le seul obstacle mécanique à la circulation en retour de la tête et l'excitation du système nerveux suffiront à en expliquer la pathogénie.

Les épistaxis répétées, suivant quelques cliniciens, principalement à un âge avancé, doivent appeler l'attention du praticien sur l'examen du

cœur et des gros vaisseaux. D'autres pensent qu'il faut songer à l'athéromasie des petites artères périphériques de la muqueuse nasale en particulier.

Dans les maladies du rein, tous les auteurs sont d'accord pour constater la fréquence de l'épistaxis, surtout dans la maladie de Bright, aiguë ou chronique. Rayer dit que l'épistaxis se montre particulièrement dans les prodromes de l'intoxication urémique et qu'elle est alors remarquable par sa répétition. Ces épistaxis doivent être attribuées à l'altération du sang et des capillaires, et aux troubles mécaniques apportés à la circulation générale. Jackson a noté ce fait que l'épistaxis coïncide souvent avec les hémorrhagies de la rétine; c'est là un indice de maladie chronique, qui s'associe souvent à l'albuminurie et aux hémorrhagies cérébrales.

Epistaxis dans les maladies du poumon.—Les épistaxis dans la tuberculose se distinguent, comme les hémoptysies, en prémonitoires, concomitantes et terminales (Bouffé). Les épistaxis prémonitoires apparaissent avant tous les autres symptômes de tuberculose, et sont les plus importantes au point de vne du diagnostic et du traitement. Elles sont notées déjà par Hippocrate et Hoffmann. Ces hémorrhagies relèvent de l'état constitutionnel du malade, d'une véritable déviation (Sorre). La pathogénie de cette épistaxis peut évidemment varier suivant la période à laquelle elle apparaît. Les épistaxis prémonitoires sont attribuées à une fluxion active sur la muqueuse nasale, parce que la circulation du sang chez les gens prédisposés à la phthisie est beaucoup plus mobile, par suite de la chétive nutrition des parois vasculaires. Et de fait les épistaxis se produisent spécialement au printemps et en été, principalement lorsque la température fraîche ou froide devient douce ou chaude. Bouchard et Leudet admettent qu'il peut se manifester, dans le cours de la phthisie, une diathèse hémorrhagique caractérisée spécialement par la production à la surface de la peau de pétéchies et d'hémorrhagies sur les muqueuses, ce qui est d'ailleurs conforme à la chimie pathologique, laquelle a signalé que dans le sang des phthisiques les globules blancs augmentent et les rouges diminuent continuellement.

Il faut signaler, d'autre part, que la rhinoscopie a démontré l'existence de lésions organiques de la muqueuse et du squelette du nez dans la phthisie, fait signalé par Grisolle et Barth. L'auteur croit pouvoir affirmer que la tuberculose de la muqueuse nasale est excessivement rare; il n'en a jamais observé que deux cas: le premier était relatif à un commissaire de marine qui avait une perforation des cartilages, lésion survenue presque en même temps que les symptômes thoraciques; le second concernait un ouvrier qui présentait des ulcérations folliculaires de la membrane de Schneider.

En somme, quant à l'épistaxis de la phthisie pulmonaire, on peut dire que c'est la plus fréquente de toutes les hémorrhagies. Elle précède généralement, et souvent de beaucoup, la tuberculose et se manifeste plus rarement dans le cours de la maladie, et avec une rareté extrême à la période ultime ou cachectique.

Le caractère des hémorrhagies de la tuberculose est d'être *à répétition.* Ce caractère devra mettre en garde lorsqu'il se présentera chez des adolescents avec une véritable constance. Dans ces cas, il est bon d'agir comme si l'on avait affaire à un tuberculeux.

Outre la phthisie, l'épistaxis se rencontre avec une grande fréquence dans l'asthme et la toux convulsive. Dans ces cas, il y a presque toujours en même temps une hémorrhagie sous-conjonctivale et palpébrale.

Epistaxis dans le rhumatisme. Hippocrate a dit que les gens atteints d'épistaxis dans l'enfance et dans la jeunesse étaient particulièrement prédisposés aux douleurs articulaires. Chomel a dit également : " La suppression d'un saignement de nez habituel occasionnera une céphalalgie gravative, des douleurs dans les membres, quelquefois des douleurs néphrétiques ou des affections des articulations, etc. Requin et Monneret sont de cet avis, et Bazin signale la fréquence des hémorrhagies et entre autres des épistaxis chez les arthritiques. Quelquefois l'épistaxis coïncide avec une diminution de la douleur, et peut être considérée comme une complication favorable. Mais si elle est abondante elle peut constituer un symptôme fâcheux en aggravant l'anémie qui est la conséquence habituelle du rhumatisme. Enfin l'épistaxis est d'un pronostic grave, quand, dans le cours d'un rhumatisme, elle coïncide avec une éruption confluente et des sudamina comme l'a noté Tresfort.

Quant au *pronostic* de l'épistaxis, G. Sée attira l'attention des praticiens sur celles qu'on appelle supplémentaires, vicariantes, et que l'on attribue à un désordre général de la circulation ; en effet la rareté des hémorrhagies essentielles, comme l'a remarqué Chomel, devra faire considérer l'épistaxis comme le symptôme d'une lésion qui pourra être localisée dans les fosses nasales, comme le fera reconnaître clairement la rhinoscopie antéro-postérieure, ou relever de l'analyse clinique des organes centraux par suite d'une lésion précédemment constatée, ou encore de l'état du malade. Hérard pense qu'il peut s'écouler un long intervalle entre les hémorrhagies et les signes de la phthisie ; le rapport de corrélation n'est pas douteux pour cela, parce qu'il est démontré que les lésions pulmonaires peuvent rester longtemps limitées à la période purement congestive.

Pour ce qui est du pronostic général de l'épistaxis, on peut, dit M. Cozzolino, admettre que le pronostic *immédiat* est ordinairement bénin : les cas d'hémorrhagie inquiétante sont rares. Mais le pronostic *lointain* est d'une certaine gravité, spécialement chez les adolescents où l'on doit redouter l'éclosion de la tuberculose. Chomel a dit : " Le rétablissement du malade à la suite d'hémorrhagie ne suffit pas pour juger la question, et la sécurité ne peut être entière qu'après plusieurs mois ou même plusieurs années. " " Je n'aime pas, a dit Pidoux, ces déviations du flux menstruel ; défiez-vous en " Jaccoud est du même avis.

En somme l'épistaxis, même dans les cas de congestion cérébrale par insolation, par action atmosphérique, ne doit pas être négligée ; mais on devra toujours rechercher la cause directe ou indirecte de cette hémorrhagie qui est presque toujours un symptôme.

Quant aux causes directes, elles relèvent des spécialistes, mais indirectement elles appartiennent à la clinique car la spécialité et la clinique doivent toujours se donner la main.

Dans les maladies infectieuses, typhus, diphthérie, rougeole, l'épistaxis représente toujours une grande complication, surtout quand elle s'accompagne d'une autre hémorrhagie. C'est surtout dans la diphthérie qu'elle affecte une gravité particulière, non seulement par l'extension du processus diphthéritique à la muqueuse nasale, mais par la malignité de la maladie.—*France médicale.*

Emploi des lavements dans les cas de constipation.—La profession médicale n'apprécie peut-être pas à leur juste valeur les immenses avantages que l'on peut retirer de l'emploi des lavements dans les formes les plus opiniâtres de constipation et d'obstruction intestinale. En France le lavement constitue un apéritif d'usage journalier. Nous faisons mieux que cela en Angleterre. La coutume qui prévaut chez nos voisins, de soulager la plus légère constipation au moyen d'un enema, n'a jamais été bien populaire de ce côté du détroit et c'est tant mieux. L'expérience doit à coup sûr faire mettre de côté l'emploi systématique des injections rectales dans le traitement *domestique* de la paresse intestinale la plus légère. Ces cas peuvent se traiter bien mieux et avec moins de chances de passer à l'état chronique, par d'autres moyens. D'un autre côté, dans les formes les plus graves de rétention des matières fécales, nous devrions toujours avoir recours aux lavements et prendre bien soin de les pratiquer d'une manière efficace. Chez les sujets d'âge moyen, surtout s'ils mènent une vie sédentaire, ce qu'on appelle rétention des fœces n'est souvent qu'une forme très fréquente de constipation. Ces cas sont loin d'être rares, si on les compare, tant aux autres variétés de constipation qu'à la même forme de la maladie à d'autres époques de la vie et chez des individus d'habitudes plus actives. Chez ces malades, la stase fécale est plus particulièrement apte à produire une obstruction intestinale complète, et c'est alors que souvent la vie peut-être sauvée par l'usage des enema.

Il n'y a peut-être pas une seule forme d'obstruction intestinale où les lavements puissent faire du mal. Dans la plupart des cas, au contraire, ils viennent au premier rang parmi les moyens dont nous disposons pour obtenir de bons effets. Dans beaucoup de cas qui semblent, au premier abord, offrir peu de chances, et même où la cause prédisposante de l'obstruction est une affection organique et incurable, nous pouvons, bien souvent, par ce moyen, soulager une obstruction intestinale imminente et empêcher la stagnation des matières fécales. Ce n'est pas une exagération que de dire que les lavements sont de beaucoup supérieurs à tous les autres remèdes dans le traitement curatif de la *coprostase* des vieillards.—*British Medical Journal.*

Des angines de poitrine, par M. Henri Huchard, in, *Revue de médecine.*—Il n'y a pas une angine de poitrine; il y a des angines de poitrine. Cet état morbide est un syndrôme qui répond à des états anatomiques variés et représente des maladies différentes au même titre que les palpitations et les syncopes.

Les théories si nombreuses proposées jusqu'à ce jour pour expliquer la nature de l'angine de poitrine peuvent être cataloguées en artérielles, nerveuses, myocardiaques et diathésiques. La plupart renferment une portion de la vérité et peuvent s'appliquer à certains cas, mais non à tous.

L'angine de poitrine, qui mérite seule ce nom, est due à des lésions capables de déterminer l'*ischémie cardiaque*, à une altération de l'aorte et surtout des artères coronaires (angine de poitrine d'*origine artérielle*). C'est là l'angine de poitrine *vraie*, celle dont on meurt; on peut l'appeler maladie de Rougnon-Heberden, pour rendre justice aux deux premiers auteurs dont la description est restée classique.

L'ischémie cardiaque peut être de *cause organique*; dans la plupart des cas, elle est due à une obturation incomplète des artères coronaires. M. Huchard en a observé récemment un exemple incontestable. Un sujet jeune, alcoolique, syphilitique et fumeur, mais n'ayant présenté pendant la vie aucun bruit morbide du cœur et des vaisseaux, meurt subitement d'un accès typique d'angine de poitrine: la nécropsie révèle une aortite oblitérante ayant amené un rétrécissement considérable de l'embouchure de la coronaire, aortite demeurée si bien latente au point de vue clinique, qu'en l'absence d'autopsie ce cas eût été revendiqué sans doute par les partisans de l'angine de poitrine *sine materia* ou par névralgie cardiaque. Dans les cas de ce genre, le cœur insuffisamment nourri par des vaisseaux rétrécis est en état d'imminence permanente d'angine de poitrine; comme, dans la claudication intermittente par rétrécissement des artères iliaques, les muscles des membres inférieurs deviennent douloureux à la moindre fatigue, toute cause qui précipite le mouvement du cœur, émotion, effort, fait naître des accidents douloureux dans le muscle cardiaque ischémié. L'examen de 72 observations a permis de relever 38 fois des altérations des coronaires, 17 fois des altérations de l'aorte. Par contre, la théorie qui fait reposer l'angine de poitrine sur la névrite du plexus cardiaque ne s'appuie jusqu'à ce jour que sur six autopsies, les unes non probantes, puisqu'elles notent en même temps un rétrécissement des coronaires, les autres incomplètes, parce qu'il n'y est pas fait mention de l'état de ces artères.

L'ischémie du cœur peut-être simplement *fonctionnelle*. Tandis que l'angine de poitrine par ischémie de cause organique est généralement mortelle (*angina major*), l'angine de poitrine par ischémie fonctionnelle du cœur (*angina minor*) se termine presque toujours par la guérison. Elle s'observe dans l'hystérie si féconde en troubles vaso-moteurs, en spasmes de tout genre, et surtout dans l'intoxication par le tabac, qui peut la produire par plusieurs mécanismes: 1° par son action constrictive sur les vaisseaux artériels; 2° par son action spéciale sur les pneumo-gastriques et le système nerveux; 3° par l'influence qu'il exerce sur les fonctions digestives.

L'angine de poitrine des fumeurs présente une physionomie spéciale. Elle s'accompagne presque toujours de troubles fonctionnels du cœur (ralentissement et affaiblissement des battements, intermittences, arhythmie, palpitations, syncopes), et aussi de quelques troubles de la respiration (dyspnée, asthme nicotique). Les accès disparaissent assez rapidement. comme presque tous les accidents du tabagisme, après la cessation complète de l'habitude de fumer. Les accès se terminent très rarement par la mort; aussi l'angine de poitrine nicotique, par ses caractères cliniques, sert-elle de transition entre l'angine de poitrine vraie dont on meurt et les pseudo-angines dont on ne meurt pas.

Les *pseudo-angines* de poitrine, qui diffèrent autant des précédentes qu'une attaque épileptiforme diffère d'un accès comitial, sont:

1° *D'origine nerveuse et arthritique*. L'angine de poitrine des névropathes ou des neuro-arthritiques (hystériques, arthritiques, hypochondriaques) s'observe à tous les âges, mais plutôt avant 30 ou 40 ans. Elle s'observe plus souvent chez la femme. Les accès se répètent fréquemment, parfois périodiquement, sont souvent nocturnes, comme les paroxysmes des autres affections arthritiques, faux croup, asthme,

goutte; ont une durée assez longue (½ heure à 3 heures); sont spontanés ou causés par les influences les plus variables, mais rarement provoqués par des causes identiques, comme le sont ceux de la maladie de Rougnon-Heberden par les efforts, la marche, etc; sont précédés plutôt que suivis par les troubles vaso-moteurs, et quelquefois même causés par eux (angine de poitrine vaso-motrice d'Eulenburg et Landois); ils sont séparés par un état de bonne santé relatif; ils coexistent ou alternent avec d'autres manifestations du nervosisme.

2° *D'origine gastrique ou par dilatation cardiaque.* L'angine de poitrine myocardiaque ou gastro-myocardiaque se voit à tous les âges et dans les deux sexes également. Les accès moins violents, mais plus longs que ceux de l'angine vraie, éclatent souvent après les repas, même les plus légers parfois, consistant plutôt en une sensation de plénitude de la poitrine, que de constriction du thorax, s'accompagne de dyspnée et d'anhélation, d'un état syncopal, et coexiste fréquemment avec les signes de dilatation des cavités cardiaques.

Au point de vue étiologique et pathogénique, M. Huchard admet cinq groupes: 1. L'angine de poitrine organique peut dépendre de la syphilis, de l'alcoolisme, de la goutte, du saturnisme. 2. Les angines nerveuses se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie, la maladie de Graves et même l'épilepsie. 3. Les angines réflexes peuvent être d'origine viscérale, gastro-intestinale, par exemple, ou d'origine périphérique. 4. Les angines diathésiques se rattachent à l'arthritis, au diabète, à la syphilis. 5. Les angines toxiques peuvent être causées par le tabac, l'abus du thé ou du café, l'alcool, l'oxyde de carbone, l'impaludisme.

Le *traitement* de l'angine de poitrine vraie, qui n'est pas aussi incurable qu'on le croit généralement, doit être curatif et préventif des accès. Il faut s'abstenir des émissions sanguines. Les inhalations de nitrite d'amyle, qui agit comme stimulant, comme tonique du cœur et de la circulation, les préparations de nitro-glycérine ou trinitrine, les injections de morphine sont les trois meilleurs moyens de soulager pendant l'accès. Pour les prévenir, une hygiène sévère et la médication iodurée doivent être instituées.—Le traitement des pseudo-angines consiste d'abord à calmer la douleur, ensuite à prescrire, suivant l'indication causale, les eupeptiques, les alcalins, les antispasmodiques.—*Union médicale.*

Vapeurs de glycérine contre la toux.—M. le prof. TRASTOUR, (de Nantes) emploie avec grand avantage les vapeurs de glycérine toutes les fois qu'il existe une toux fatigante ou pénible. Il suffit de placer 1½ ou 2 onces de glycérine dans une capsule de porcelaine et d'évaporer au moyen d'une lampe à alcool. Il se dégage une énorme quantité de vapeurs. Ces vaporisations sont très précieuses dans la phthisie, et bon nombre de malades en retirent un soulagement notable. En se servant de glycérine phéniquée, on pourrait obtenir des vapeurs antiseptiques si recherchées aujourd'hui dans le traitement de l'angine diphthéritique.—*Gazette médicale de Nantes.*

Du traitement hygiénique de l'albuminurie, par SENATOR (de Berlin).—L'auteur rappelle d'abord combien le traitement purement médicamenteux de l'albuminurie donne peu de résultats. Aussi le traitement hygiénique acquiert-il une importance considérable.

La diète présente à considérer la quantité et la qualité de la nourriture : les dernières recherches ont prouvé que l'albumine, dans les urines, augmente pendant la digestion. L'albuminurique évitera donc les repas abondants ; il prendra souvent, mais peu à la fois.

Pour ce qui est de la qualité, on interdira complètement les œufs ; on modèrera l'usage de la viande et du fromage. On recommandera, au contraire, une alimentation végétale. Le vin rouge sera toléré, mais on interdira les eaux-de-vie. La bière augmente la quantité d'albumine. Les épices et les aliments fumés sont également nuisibles.

Senator apprécie beaucoup la cure de lait, mais il croit que, pour la rendre tolérable, elle ne doit pas être exclusive ; on y joindra un peu de pain, des panades, etc.

Les eaux minérales salines ou alcalino-salines, tant sous forme de boissons que sous forme de bains, produisent d'excellents résultats.

Les fonctions de la peau ont une grande importance. Il faut donc maintenir constamment la peau dans un état de transpiration plus ou moins énergique.

Les causes de refroidissement seront évitées avec le plus grand soin ; il faudra de même s'abstenir des mouvements musculaires : aussi le repos au lit est ce qu'il y a de préférable. Si le malade sort, il ne devra le faire qu'en voiture. Les émotions morales sont également funestes.

La menstruation augmente constamment la quantité d'albumine ; c'est donc surtout à cette époque que l'observation scrupuleuse des règles hygiéniques est nécesssaire.

Si l'on veut assurer et compléter ces prescriptions de l'hygiène, il faudra envoyer le malade dans un climat approprié. Il faudra choisir les localités sèches du sud, Bordighera, Cannes, mais surtout l'Egypte et le Caire. L'influence heureuse que ces climats exercent sur l'organisme s'explique par leur action sur la peau, par le repos corporel et intellectuel dont on y jouit, et peut-être aussi par le régime qui est plus végétal que chez nous.—*France médicale.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique.—Extrait d'une clinique de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker.—Le sujet que je me propose aujourd'hui d'étudier avec vous m'a semblé digne de toute votre attention, en ce sens qu'il s'étend à des cas fort nombreux et d'observation quotidienne : je veux parler de la *sensibilité de la vessie au point de vue physiologique et pathologique.*

Cette sensibilité est absolument différente suivant qu'on étudie l'influence du *contact* ou de la *distension.* La différence, déjà très accusée dans les conditions normales, s'accentue encore dans les états pathologiques, et j'ajoute que vous ne sauriez trop vous en pénétrer si vous voulez éviter dans la pratique de nombreux déboires ou même de véritables désastres.

Il importe tout d'abord d'étudier cette sensibilité à l'état normal, c'est-à-dire tant qu'il n'existe aucune altération inflammatoire ou néo-

plasique des parois vésicales. Eh bien, messieurs, on peut dire que la sensibilité au contact, si la vessie n'est pas malade, est des plus obtuses. Nous en avons pour preuves, en première ligne, la possibilité de retenir une assez grande quantité d'urine sans même en avoir conscience. Vous le savez, nous n'éprouvons le besoin d'uriner que lorsque la quantité du liquide atteint plusieurs centaines de grammes, et nous ne saurions trop nous en féliciter; sans cette tolérance particulière il nous faudrait uriner à chaque instant.

D'autre part, vous retrouverez une tolérance analogue, mais moins naturelle, pour le contact de véritables corps étrangers, comme les instruments du cathétérisme ou les calculs. Vous me voyez tous les jours pratiquer l'exploration de la vessie avec une sonde métallique; toutes les fois que les urines sont parfaitement claires et témoignent nettement de l'intégrité de la vessie, les malades n'accusent pour ainsi dire aucune douleur; c'est même ce qui a si longtemps permis de faire la lithotritie à courtes séances, sans chloroforme. Il en est de même lorsqu'on a recours, pour dilater un canal rétréci, au cathétérisme à la suite, c'est-à-dire aux instruments armés de bougies conductrices. Celles-ci s'enroulent, se replient sur elles-mêmes contre la paroi vésicale, et exercent sur elle un contact dont les malades ne sont avertis par aucune sensation.

Enfin, contrairement à l'opinion généralement admise qui fait de la pierre une affection des plus douloureuses, vous aurez le plus souvent l'occasion de constater avec quelle indifférence elle peut être supportée par la vessie. Je ne veux pas dire assurément que les calculeux ne souffrent jamais. Il y en a dont la miction est si fréquente et si douloureuse que leur existence devient intolérable. Mais, je n'hésite pas à le déclarer, ce sont des cas exceptionnels, et ils s'expliquent par la cystite qui les complique.

En l'absence de cystite, complication rare et tardive, les malades souffrent peu. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils n'éprouvent aucune douleur. Il est certain que la douleur peut naître sous l'influence de tout ce qui provoque la locomotion du calcul. C'est ainsi que nombre de calculeux souffrent au début de leur affection, parce que le corps étranger, petit et facile à entrainer, est chassé pendant la miction contre le col ou même dans son orifice. Le contact est alors assez énergique, et il s'exerce précisément sur la partie la plus sensible de l'organe. C'est ainsi également que la douleur est provoquée par les secousses trop brusques déterminées par exemple par une voiture mal suspendue, sur un sol mal pavé. Mais, lorsque le calcul ne subit pas de locomotion marquée, soit par le fait de son poids, soit par le repos du malade, la douleur est faible et peut même faire complètement défaut. Ainsi s'explique l'histoire de ces malades calculeux le jour et guéris la nuit. On en voit qui souffrent assez peu pour conserver facilement des mois et des années un calcul volumineux et nettement constaté par une exploration antérieure. Ils peuvent aller et venir, faire à petits pas des promenades assez longues et vaquer à leurs occupations ordinaires sans en être vivement incommodés.

La tolérance de la vessie arrive donc parfois à des limites extrêmes, non plus seulement pour l'urine, son contenu naturel, mais pour des corps étrangers. Je serais même tenté d'ajouter, en considérant l'histoire de certains calculeux, que cette tolérance, dont ils semblent avoir

tant à s'applaudir, peut leur devenir très funeste. Souffrant peu, ils reculent sans cessé devant une opération dont ils s'exagèrent la gravité, et ils attendent jusqu'à ce que la vessie se révolte enfin et inaugure en s'enflammant la période douloureuse de la maladie. Mais alors on peut se trouver en présence d'une pierre très volumineuse, et soustraite à la lithotritie par le seul fait de ses dimensions. Ce n'est pas tout; ces calculs si bien supportés sont le plus souvent d'une excessive dureté. En l'absence de toute poussée de cystite, les urines sont constamment restées claires et acides et n'ont pas déposé, autour du noyau primitif, ces couches successives de phosphates plus ou moins friables qui entrent dans la constitution des gros calculs mal supportés. Sa dureté s'ajoute donc au volume pour rendre la lithotritie impraticable, au grand détriment des malades, qui n'ont plus d'autres ressources que la taille, opération toujours infiniment plus grave, malgré les récents perfectionnements qu'elle a subis.

En opposition avec cette indifférence au contact et de l'urine et même des corps étrangers, réfléchissez à ce qui arrive dès que vous faites entrer en jeu la distension; voyez ces malheureux atteints brusquement de rétention d'urine complète. Dès les premières heures, vous les trouvez en proie aux douleurs les plus atroces, à l'anxiété la plus poignante. Couverts de sueur, la face injectée, ils prennent en gémissant les attitudes les plus bizarres pour essayer souvent en vain d'expulser quelques gouttes d'urine. Mais si vous voulez, d'après vos sensations personnelles, vous faire une idée très exacte de la sensibilité de la vessie à la distension, vous n'avez qu'à interroger vos propres souvenirs. Rappelez-vous l'angoisse rapide que vous avez certainement éprouvée lorsqu'il vous est arrivé de résistor quelque temps au besoin d'uriner. La douleur s'exaspérait encore si pendant ce temps vous étiez obligé de marcher ou d'aller en voiture. Et d'ailleurs ne savez-vous pas que, même au repos complet, la simple envie d'uriner suffit pour interrompre le sommeil des personnes les plus profondément endormies.

Ainsi, messieurs, en dehors de toute altération pathologique des parois vésicales, vous avez déjà pu vous convaincre de la différence remarquable qu'il y avait, an point de vue de la sensibilité, entre le contact et la distension. Mais celle-ci ne provoque pas seulement de la douleur; elle détermine en outre de la congestion.

Vous pouvez en avoir la preuve tous les jours dans l'observation la plus simple, et, sans sortir du domaine de la physiologie normale à tous les âges de la vie, vous voyez la réplétion de la vessie s'accompagner d'érections qui témoignent de la gêne apportée à la circulation par le développement du globe vésical. L'enfant au berceau entre souvent en érection quand sa vessie est pleine. C'est une circonstance bien connue des mères et des nourrices. Prévenues par ce phénomène de l'imminence de la miction, elles évitent des surprises désagréables. Vous-mêmes, messieurs, vous connaissez bien ces érections matinales prolongées que la miction suffit à faire disparaître. Il n'est pas jusqu'aux vieillards qui ne retrouvent le matin un retour de virilité. Mais c'est malheureusement à ces érections du pot de chambre qu'en sont réduits en général ceux qui ont eu le tort d'accumuler les années.

Si vous vouliez des preuves plus directes de la congestion causée par-

la distension, je vous rappellerais ce qu'il est facile de constater pendant la taille hypogastrique, c'est à dire la turgescence énorme des veines prévésicales et l'engorgement sanguin de toute l'épaisseur de la paroi, lorsque la vessie remplie de liquide est fortement repoussée en avant par le ballon rectal de Petersen, turgescence et engorgement qui disparaissent aussitôt après la ponction dès que le liquide s'est échappé. Je vous rappellerais encore ces hématuries consécutives aux rétentions d'urine sur lesquelles j'ai déjà longuement insisté.

Et du reste, les faits tirés de la pathologie générale auraient pu suffire à vous faire prévoir d'avance la facilité, sinon la fatalité de cette congestion. Partout, dans tous nos organes, le cerveau, la moelle, l'estomac, vous voyez la suractivité fonctionnelle déterminer la congestion, voire même l'inflammation. Et vous voyez cette congestion survenir avec d'autant plus de facilité qu'il existe déjà des phénomènes douloureux. La douleur est en effet une grande cause de congestion réflexe. Je ne vous parlerai pas des battements que l'on ressent au bout du doigt atteint de panaris, ni de l'injection de l'œil qu'une lésion quelconque rend douloureux. Mais je vous signalerai ces fluxions qui surviennent assez fréquemment dans un grand nombre de névralgies, au niveau des régions hyperesthésiées. Il semble que très généralement la douleur soit le point de départ d'un acte réflexe qui aboutit à la dilatation vasculaire. Or je viens de vous démontrer combien la distension de la vessie excellait à réveiller le phénomène douleur. Il est donc tout naturel de constater en même temps cet autre phénomène complémentaire: la congestion. S'il a peu d'importance tant que nous ne sortons pas de l'étude physiologique proprement dite, tant qu'il n'existe pas de lésions des voies urinaires, il n'en est plus de même dans les conditions nouvelles créées par la pathologie. Alors, c'est elle qui méritera de devenir l'objet de vos principales préoccupations, parce qu'elle peut faire éclater des phénomènes inflammatoires, imminents peut-être, mais non déclarés, ou leur imprimer, s'ils existent déjà, une recrudescence des plus fâcheuses.

Nous n'avons étudié jusqua présent les effets du contact et de la distension que sur la vessie normale. Il est temps de voir ce qu'ils deviennent quand la vessie est enflammée ou le siège d'une autre altération quelconque de ses parois.—(*A suivre.*)—*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Le coup de fouet.— Le Dr Lardier préconise contre ce diastasis la faradisation, qui guérit immédiatement un accident constitué par une distension exagérée de la fibre musculaire qui, sans être rompue, a perdu sa faculté contractile.

La production du diastasis se trouve liée à trois conditions principales :

1° Par suite d'une *illusion du sens musculaire*, les mouvements provoqués et voulus ne sont pas proportionnels à l'effort à fournir. Ce sont des *mouvements qui portent à faux.*

2° Par leur soudaineté, leur instantanéité, les mouvements exécutés échappent à la surveillance et au contrôle du sens musculaire. Ce sont, dans le sens propre du mot, des *mouvements irréfléchis.*

3° *La fibre* musculaire, par suite de modifications survenues dans sa texture et sa constitution moléculaire, *ne retrouve plus* en elle-même, quoique modérement distendue, *sa faculté contractile.*

La cinésialgie, ou douleur résultant du diastasis musculaire, est d'autant plus intense que le muscle, atteint dans l'une de ses parties, de diastasis, passe plus subitement de l'état de relâchement à celui de contraction.

La *faradisation*, en faisant rentrer artificiellement, dans le faisceau musculaire, la fibre atteinte de diastasis, et en lui rendant sa propriété contractile, fait disparaître aussitôt la douleur résultant de la lésion et est, par conséquent, directement curative, supérieure à tous les traitements palliatifs, à toutes les applications narcotiques.

La faradisation est applicable et réussit à toutes les périodes du diastasis, à la condition que la fibre musculaire n'ait pas perdu toute contractilité.—*Concours médical.*

Nouveau mode d'administration des anesthésiques.—M. P. Bert a lu dernièrement devant l'Académie des Sciences un travail sur un nouveau procédé d'administration des anesthésiques. Les recherches de M. Bert, qui visent surtout la pratique chirurgicale, ont démontré que la puissance anesthésique des substances qui servent dans ce but, quelles qu'elles soient, dépend bien plutôt de la proportion d'air qui est mélangé à ces substances au moment où elles sont inspirées par le malade que de la quantité absolue de celles-ci. On peut citer comme exemple, à l'appui de cette proposition, les résultats de l'expérimentation sur les animaux : ainsi chez le chien on peut obtenir la mort presque à coup sûr, et même au bout d'un temps assez court, en faisant respirer à cet animal un mélange de 30 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, tandis qu'on peut l'endormir sans danger avec une quantité de chloroforme trois fois plus forte, pourvu qu'elle soit mélangée avec un volume d'air exactement défini. C'est sur ce principe que repose la méthode dont M. Bert vient d'exposer les avantages. Cette méthode échappe à la plupart des reproches que l'on peut adresser au procédé ordinaire, et qui se résument en ce fait que, dans l'anesthésie obtenue par ce procédé, la respiration des vapeurs de chloroforme se fait d'une manière très inégale, la tension de ces vapeurs étant sujette à varier pendant tout le temps de l'opération, tantôt trop forte, tantôt trop faible. De là une incertitude dans les résultats et une série d'accidents qui semblent liés étroitement à cette condition défectueuse. Ainsi une tension trop forte, comme celle que le chirurgien produit quand il administre d'emblée le chloroforme à doses massives, amène des phénomènes d'excitation très marqués, caractérisés par des paroles incohérentes, de l'agitation, des signes de résistance violente de la part du malade et souvent des phénomènes de congestion céphalique. Les vomissements sont très fréquents, même au cours de l'opération, surtout quand celle-ci porte sur le ventre ; on les voit, parfois, persister plusieurs heures ou même plusieurs jours après. Chez certains malades on observe également des troubles d'origine cardiaque dont la gravité est bien connue des chirurgiens.

Avec le mélange titré d'air et de chloroforme, la plupart de ces inconvénients tendent à disparaître.

L'application de cette méthode a été faite un certain nombre de fois chez des opérés du service de M. le Dr Péan, à l'hôpital Saint-Louis, avec le concours de M. Bert et les résultats obtenus plaident hautement en sa faveur. La proportion de 8 gram. de chloroforme pour 100 litres

d'air est celle à laquelle M. Bert donne la préférence ; on peut encore obtenir une anesthésie suffisante en abaissant la quantité de chloroforme à 7 gram. mais avec cette dose le sommeil est déjà moins profond. Ce mélange n'est nullement désagréable à respirer et ne provoque pas cette répulsion que l'on observe souvent par le procédé ordinaire. Les patients ne présentent ni toux, ni suffocation, ni arrêt de la respiration, et le chirurgien n'est exposé de leur part à aucune résistance. La période d'excitation est atténuée ou nulle et l'insensibilité complète est obtenue en six ou huit minutes au plus. Cette dernière se soutient d'une manière très égale et les temps les plus douloureux de l'opération n'éveillent aucune réaction. La salivation est médiocre ; il n'y a généralement ni nausées, ni vomissements consécutifs. La respiration est calme : la température ne s'abaisse que d'un degré au plus.

L'insensibilisation obtenue par ce procédé présente, en outre, l'avantage de persister même après la soustraction des vapeurs anesthésiques. Cette prolongation spontanée de la période anesthésique a déjà permis plusieurs fois d'exécuter des opérations *complémentaires* d'une certaine importance et d'une certaine durée, sans qu'il fût nécessaire de soumettre de nouveau le malade à l'inhalation du mélange chloroformique.

M. Bert résume les avantages de la méthode dans les quelques propositions suivantes :

Pas de période d'excitation. Délire faible ou nul. Insensibilité régulière. Sommeil et respiration calmes. Anesthésie constante et prolongée.

En réponse à la communication de M. P. Bert, M. Gosselin a démontré que la simple compresse arrive à d'aussi parfaits résultats (sans un danger de plus) que le fait l'appareil peu maniable, lourd, volumineux, incommode et dispendieux de M. Bert. Pour la pratique usuelle, M. Gosselin estime que la méthode qui consiste à administrer le chloroforme à très petites doses en commençant et avec des intermittences, n'offre aucun danger et suffit à toutes les indications.

De son côté M. Richet s'est élevé très fortement contre la méthode de M. Bert, dont il a mis en doute les résultats favorables, et cela avec une énergie de parole et de conviction dont l'ex-ministre de l'instruction publique a été tout surpris.

Opération d'Estlander.—Quand l'opération de l'empyème ne réussit pas complètement ou quand elle laisse après elle une fistule pleurale, en même temps que le poumon, aplati sur la colonne vertébrale, enfermé sous de fausses membranes, ne peut plus se dilater ou ne se dilate qu'incomplètement, de sorte qu'entre lui et les côtes il y a un vide que rien ne peut combler, le médecin n'est pas, pour cela, désarmé ; il peut encore recourir à l'opération d'Estlander ou thoracoplastie par laquelle on ouvre largement le thorax en réséquant un certain nombre de côtes. M. Berger a étudié magistralement la question dans un rapport dont nous extrayons les détails suivants.

A.—*Siège et lieu de l'opération.*—La région de la paroi thoracique choisie pour la résection dépend, avant tout, du siège de la cavité qu'il s'agit de combler et de celui de l'orifice fistuleux. Mais, d'une façon générale, le lieu le plus favorable, pour pratiquer la résection costale, est la partie latérale du thorax et, pour mieux préciser encore, la ligne axillaire.

B.—*Détermination des côtes à réséquer, de leur nombre et de l'étendue des segments à enlever.*—La première règle est de faire dès l'abord une très large résection, afin de ne pas avoir à renouveler l'opération.

Suivant que la cavité suppurante aura son siège au-dessus ou au dessous de l'orifice fistuleux, on réséquera les côtes au-dessus ou au-dessous de cet orifice et on en réséquera un nombre proportionnel aux dimensions verticales du foyer intrathoracique. Mais à cause de leurs connexions et de leur rôle mécanique, on ne devra jamais faire porter la résection sur les deux premières côtes, ni sur les deux dernières.

Enfin on donnera une étendue plus grande aux segments réséqués vers les parties moyennes du foyer que vers ses extrémités. Les chirurgiens ont attaqué jusqu'à quatre, cinq et six côtes, enlevé des segments de onze et même de treize centimètres de longueur.

C.—*Manuel opératoire.* — L'incision des parties molles doit être large ; sa direction variera suivant les cas particuliers : incisions multiples ou uniques, linéaires, cruciales, courbes, en H, lambeaux quadrilatères ou autres peuvent être employés ; mais si l'on taille un lambeau, il faut avoir soin qu'il soit ramené par son propre poids sur les surfaces à recouvrir.

Les résections costales seront faites par la méthode sous-périostée, qui offre le meilleur moyen d'éviter la blessure des nerfs et des vaisseaux intercostaux. On incise les digitations du muscle grand-dentelé, puis le périoste dans une étendue un peu plus grande que celle que doit avoir la résection. On détache, avec la spatule, le périoste de la face antérieure et des bords de chaque côte, enfin de la face profonde. C'est seulement alors que l'on opère la section avec une pince courbe de Liston. Pour cela, on glisse un des mors de la pince sous la côte, et on la coupe à l'une des extrémités du segment à enlever ; on saisit celui-ci avec un davier, on achève de détacher le périoste de la face postérieure et l'on pratique la section de l'extrémité opposée.

Quelques chirurgiens font le curage de la cavité suppurante ; M. Berger croit qu'il n'y faut procéder qu'exceptionnellement, il se contente de pratiquer, dans le trajet fistuleux, des injections forcées avec une solution de chlorure de zinc à 5 ou 8 %.

D.—*Phénomènes ultérieurs.*—La plaie de la paroi thoracique, réunie par la suture, est recouverte d'un pansement antiseptique ; des injections désinfectantes sont régulièrement pratiquées dans le thorax. Bientôt la suppuration tarit, et la paroi revenant sur elle-même, on voit diminuer sensiblement la quantité du liquide que l'on peut faire pénétrer dans le trajet fistuleux. On peut encore augmenter cette tendance à la rétraction par la compression exercée au moyen d'un bandage élastique. L'amélioration est quelquefois longue à se produire, mais le traitement général, pour rétablir la constitution épuisée, n'est pas moins nécessaire que le traitement local.

E.—*Conclusions.*—La résection des côtes, pratiquée dans le but de permettre l'affaissement de la paroi thoracique et d'amener ainsi l'oblitération de la cavité suppurante, dans l'empyème chronique avec fistule pleuro-cutanée, compte déjà un nombre important de succès (38 %), obtenus dans des cas où l'on ne pouvait attendre la guérison, des efforts de la nature ni des autres modes de traitement.

Dans un certain nombre de cas, où la guérison est restée incomplète, cette opération a néanmoins été suivie d'une amélioration notable.

Quand elle est restée inefficace, elle n'a jamais causé d'aggravation et n'a jamais déterminé la mort.

Elle est indiquée dans tous les cas d'empyème chronique où la guérison ne peut plus être espérée autrement. Les seules contre-indications formelles se tirent de l'existence de lésions tuberculeuses, de la présence de l'albumine dans les urines. En un mot, les contre-indications sont les mêmes que dans toutes les opérations chirurgicales.—*Concours médical.*

Abcès profonds du cou ; de leur ouverture sans bistouri.—Service de M. le Dr Périer, à l'hôpital St-Antoine.—Chassaignac recommandait à ses élèves de ne jamais ouvrir directement les abcès de la région sus-hyoïdienne et de la région parotidienne, quand ils semblaient être sous-aponévrotiques. Il voulait que l'on n'incisât au bistouri que la peau. Dès que l'aponévrose était mise à nu, il mettait de côté l'instrument tranchant, pénétrait dans le foyer avec une sonde cannelée et s'en servait pour agrandir l'orifice par déchirement. Au besoin, il se servait d'une seconde sonde cannelée pour arriver à ce résultat.

M. Périer a modifié un peu ce *modus faciendi.* Au lieu de la sonde cannelée, il emploie la pince de Lister. Lorsque cette pince, qui est longue et mince, est fermée, elle perfore facilement les tissus, mais elle est assez mousse pour ne point percer les vaisseaux. Une fois la pince au centre du foyer, on en écarte les branches et on la retire en maintenant l'écartement des branches. Il est facile d'avoir ainsi une ouverture aussi large que celle qui a été pratiquée à la peau, sans avoir eu la crainte de couper ni artères ni veines.

Depuis longtemps M. Périer a toujours ouvert de cette manière, non-seulement les abcès profonds des régions précitées, mais aussi un nombre d'abcès sous-musculaires, notamment les foyers purulents situés sous le vaste interne dans la zône des vaisseaux fémoraux. On obtient dans tous les cas un orifice suffisant pour passer un ou deux doigts, et qu'on peut ensuite agrandir par déchirure plutôt que par incision. C'est à peine si le malade perd quelques gouttes de sang, et à ce premier avantage se joint celui d'avoir le minimum de vaisseaux ouverts au contact d'un foyer purulent, c'est-à-dire le minimum de chances de fièvre et d'infection.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Du traitement du placenta prævia, par James Murphy, M. D.,—*Association Médicale Britannique.*—Le degré de mortalité des mères et des enfants dans les cas de placenta prævia n'est pas dû tant à l'impuissance de l'art en face de cette complication, qu'à l'hémorrhagie fatale survenant avant qu'on ait pu obtenir du secours, ou encore à l'impuissance souvent trop fréquente de ce secours. Quand donc nous savons qu'il s'agit d'une présentation du placenta, chaque fois que l'enfant est évidemment viable (après le 7e mois,) une hémorrhagie fatale pouvant survenir à tout moment ; nous pouvons alors, en provoquant le travail, prévenir cet accident, et nous avons dans ce cas l'avantage de pouvoir être utile à la mère et à l'enfant. L'expérience de ceux qui préconisent cette méthode en confirme pleinement l'efficacité.

Dans la plupart des cas, les hémorrhagies survenant à plusieurs reprises vers la fin de la grossesse doivent nous avertir que le placenta se présente. Si elles se montrent à bonne heure, elles auront généralement pour résultat l'avortement, lequel n'est pas plus grave que dans les cas ordinaires de fausse-couche. Les hémorrhagies se déclarant plus tard, mais avant le septième mois, ne sont pas graves non plus, ordinairement: dans les cas cités par Müller aucun cas de mort ne fut constaté avant le 1er mois. Cet auteur a remarqué que dans les cas d'implantation totale, l'hémorrhagie se montre le plus souvent de la 28e à la 36e semaine, tandis que dans ceux où l'implantation n'est que partielle l'hémorrhagie survient plus fréquemment après la 32e semaine. Ces pertes de sang doivent être regardées comme étant de sérieux avertissements, car, bien qu'en certains cas elles puissent être légères, cependant il arrive bien souvent que l'hémorrhagie suivante soit fatale; d'où il suit que, comme je l'ai dit plus haut, dès lors que le diagnostic de placenta prævia est bien établi et que l'enfant est décidément viable, plus tôt s'établiera le travail, mieux ce sera et pour la mère et pour l'enfant.

Vient ensuite la question: Comment doit-on provoquer le travail? Et, une fois qu'il est provoqué, comment faut-il le conduire? Pour éviter les répétitions, je dirai ici que le traitement est le même en principe, que le travail soit ou non commencé. Il ne diffère que dans le mode d'application suivant les périodes. Maintenant, malgré tout le respect que je dois aux auteurs qui l'ont recommandé, je maintiens que le règne du tampon est fini; que c'est là un moyen aussi peu scientifique en théorie qu'il est incertain et peu sûr en pratique; que la rupture des membranes n'est pas de pratique bien facile dans tous les cas, qu'en outre, elle n'arrête pas toujours sûrement l'hémorrhagie, et qu'elle empêche de faire la version aussi facilement et aussi rapidement qu'il le faudrait, dans les cas où cette opération devient nécessaire. Ce qu'il faut, c'est un moyen par lequel on puisse à la fois arrêter l'hémorrhagie et diminuer la longueur du travail; or, nous avons ce moyen à notre disposition dans le dilatateur hydrostatique de Barnes, surtout tel que modifié par Steele. Dans quelques cas, il peut être nécessaire d'avoir recours à l'introduction préalable de l'éponge préparée; mais, le plus souvent, avec de la patience et une légère pression, le doigt peut être introduit, et préparer ainsi la voie au plus petit dilatateur. Le Dr Barnes a fait remarquer qu'il se produit spontanément et naturellement un temps d'arrêt dans l'hémorrhagie quand cette partie du placenta qui était implantée sur le segment inférieur du col s'en est détachée, pourvu toutefois que les contractions utérines se mettent aussi de la partie; et bien qu'il n'en donne pas la raison, je crois que la voici: Quand le placenta est inséré normalement sur l'utérus, le léger décollement qui se produit nécessairement par suite de la dilatation de l'os distend les vaisseaux qui, s'ils sont alors rompus, ne peuvent pas se contracter, ce qui fait que l'hémorrhagie continue. Mais quand le placenta est décollé au degré indiqué plus haut par le Dr Barnes, il reste flasque et ne fait aucune traction sur les vaisseaux, et permet de la sorte à ceux-ci de se contracter, ce qu'ils font immédiatement pourvu que l'utérus se contracte aussi. De là l'indication de passer le doigt dans l'os et d'en décoller avec soin le placenta, de manière à favoriser la flaccidité de celui-ci. Si l'utérus se contracte

bien alors, l'hémorrhagie cesse; sinon, il faudra administrer de l'ergot. J'administre invariablement ce remède dans tous les cas de placenta prævia, mais, quand la chose est possible, j'attends un peu, de façon à en obtenir l'effet conjointement avec l'expulsion du fœtus.

Lorsque tout va bien, il vaut mieux dilater l'os très doucement, sans employer plus de force qu'il ne faut; (cependant s'il survient de l'hémorrhagie, il peut devenir nécessaire de commencer l'accouchement avant que l'os soit tout à fait dilaté,) et quand la dilatation est complète, si les tranchées sont fortes et se succèdent avec rapidité, les membranes peuvent, si elles ne le sont déjà, être rompues, après quoi le cas est laissé aux seules forces de la nature. C'est cependant là l'exception, car, en règle générale, il est désirable que les choses aillent plus vite, attendu que le décollement partiel du placenta a pour effet d'amener l'asphyxie du fœtus; or, le plus tôt celui-ci sera mis au monde, le mieux ce sera. Les moyens à mettre un œuvre dans ce but dépendront des circonstances. Si la tête est à portée, on peut appliquer le forceps; le plus souvent cependant, la version devra être préférée.

En résumé; dans tous les cas de placenta prævia après le 7e mois, l'accouchement devra être provoqué; il devra l'être également avant le 7e mois si l'hémorrhagie est considérable ou se répète souvent; on provoquera le travail au moyen de la dilatation artificielle de l'os; le placenta sera d'abord suffisamment décollé pour en amener la flaccidité puis on dilatera l'os complètement. A moins de contrindication, l'ergot sera administré, et l'enfant extrait le plus vite et le plus doucement possible.—*British Medical Journal.*

Traitement de l'éclampsie puerpérale.—1° *Par la pilocarpine.*—Le traitement de l'éclampsie puerpérale par la pilocarpine est loin d'être nouveau, puisque Bidder l'employait déjà en 1872 ; les deux cas suivants sont néanmoins intéressants, au point de vue de l'histoire de la thérapeutique de l'éclampsie :

Premier cas.—Femme atteinte d'éclampsie grave. Neuf accès le premier jour. Le deuxième et le troisième jour on administre la pilocarpine à la dose de $\frac{2}{5}$ grain, le second jour, un peu moins le troisième. La femme, enceinte de sept mois, put accoucher d'un enfant vivant. L'albumine persista quinze jours dans les urines, et la femme guérit.

Deuxième cas.—Femme en état comateux. Administration de pilocarpine ; $\frac{2}{5}$ grain toutes les six heures. La femme accouche bientôt d'un enfant mort.. Guérison.

Si nous mentionnons ces deux cas, c'est moins pour prôner l'usage de la pilocarpine en pareil cas que pour montrer l'usage qui peut en être fait. La pilocarpine dans le traitement de l'éclampsie pourra ne pas être inutile, mais qu'elle offre des cures remarquables, c'est ce dont il est permis de douter.—*Bulletin de thérapeutique.*

2° *Par la morphine.*—Le Dr Maberly Smith rapporte plusieurs cas de succès qu'il a obtenus par ce moyen. La dose d'une injection est de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain selon la gravité des cas. Il vaut mieux employer la simple solution de morphine plutôt que de combiner cet agent avec l'atropine, de même qu'il est préférable de donner une pleine dose plutôt que deux petites. Après une injection, il peut sur-

venir un accès, si le médicament n'a pas eu le temps d'agir, mais il n'en surviendra pas d'autres pendant quelques heures, pourvu qu'on ait proportionné la dose à la gravité de l'attaque. A l'hôpital des femmes en couche de Melbourne, on n'a pas observé de cas de mort par l'éclampsie puerpérale, depuis qu'on a adopté ce traitement, bien que l'on se soit trouvé en présence de cas extrêmement graves et qui se seraient terminés fatalement, l'auteur en est convaincu, si l'on eût employé un autre traitement.

Cette opinion concorde avec celle que le Dr Clark a exposée dans l'*American Journal of Obstetrics* de juillet 1880; mais l'auteur américain emploie des doses plus faibles.—*Rev. de thérap. méd. chir.*

Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale, par le Dr T. Gaillard THOMAS, de New-York. — *Prophylaxie.* — 1° Dans tous les cas d'accouchement, soit à l'hôpital, soit en pratique privée, le parquet et le plafond de la pièce dans laquelle la femme doit accoucher doivent être lavés soigneusement avec de l'eau carbolisée, à 10 p 100 ou une solution de bichlorure de mercure au 1000me. Le sommier et les matelas seront imbibés de la même manière. Pas de rideaux ni de tapisseries.

2° Les gardes-malades et le médecin doivent avoir soin que leurs vêtements soient purs de toute effluve ou émanation de nature septique, typhus, érysipèle, septicémie, scarlatine etc, et s'il y a eu quelque danger d'infection par ces effluves, les vêtements devront être changés, puis le corps lavé avec une solution concentrée d'acide borique.

3° Le travail s'étant déclaré, la garde-malade doit se laver les mains avec de l'eau et du savon, nettoyer soigneusement ses ongles, administrer à la parturiente une injection vaginale antiseptique qu'elle réitèrera toutes les quatre heures durant le travail, et tenir constamment appliquée sur les parties génitales une compresse imbibée d'une solution également antiseptique, et cela jusqu'à la naissance de l'enfant.

4° Le médecin et la garde-malade doivent se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et se bien nettoyer les ongles, puis tremper leurs mains pendant quelques minutes dans une solution de bichlorure de mercure (1 p. 1000.)

5° La troisième période du travail doit s'effectuer parfaitement, toute portion du placenta doit être enlevée, et l'ergot administré à doses modérées, trois fois par jour, puis continué pendant au moins une semaine afin d'assurer la sortie complète des caillots et l'occlusion des vaisseaux utérins.

6° Le médecin ne doit rien accepter sans vérification. Après le travail, il examinera soigneusement le vagin et la vulve de la patiente. S'il y a déchirure du périnée, elle devra être immédiatement suturée; s'il se rencontre de petites lacérations elles seront asséchées au moyen d'un linge, puis lavées avec une solution concentrée d'acide carbolique et de persulfate de fer en parties égales, ou recouvertes de collodion au gutta-percha.

7° Durant les six ou huit heures qui suivent immédiatement le travail, injectez dans le vagin un liquide antiseptique, puis introduisez un suppositoire contenant de 3 à 5 grains d'iodoforme.

8° Les injections vaginales doivent être répétées toutes les huit heu-

res, mais dans tous les cas d'accouchement laborieux, et dans ceux où l'on s'est servi du forceps, on les réitèrera toutes les deux heures pour les continuer durant dix jours au moins. La garde-malade aura soin de se bien laver et désinfecter les mains chaque fois qu'elle devra toucher aux parties génitales de l'accouchée.

9° Chaque fois qu'il s'agira de vider la vessie, servez-vous d'une sonde neuve en gomme, préalablement désinfectée. Cela vaudra mieux que de confier le lavage d'un vieux cathéter d'argent à la garde-malade.

10° Le médecin doit s'assurer *par lui-même* si la garde malade est suffisamment capable d'introduire le cathéter, de pratiquer les injections vaginales et d'administrer les suppositoires.

On objectera peut-être que tous les détails précédents, relatifs à la parturiente, ne sont pas du tout nécessaires, vu le très grand nombre de cas où, sans tant de précautions, la convalescence s'établit rapidement, et considérant aussi que tous ces préparatifs feraient plutôt croire à quelque grave opération chirurgicale, mais l'auteur les regarde comme étant de première importance. (Ici le Dr Thomas proteste énergiquement contre l'usage des injections intra-utérines comme mesure prophylactique. Il n'en reconnait l'opportunité que dans les cas où la cavité de l'utérus a subi quelque traumatisme grave rendant le danger de septicémie presque certain.)

Supposant maintenant le cas où, en dépit de toutes les précautions, le poison a été absorbé, que faut il faire? L'auteur ne croit pas à la spécificité du germe morbifique donnant lieu à la septicémie puerpérale. Pour lui, c'est très probablement un germe de même nature que celui qui donne origine à la septicémie après une amputation, une fracture composée ou une blessure par arme à feu.

Des débris de placenta ou de membranes retenus dans l'utérus ne sont pas suivis d'une véritable septicémie puerpérale, mais plutôt de toxæmie. Si la seule présence de débris organiques en décomposition pouvait produire la septicémie sans l'intermédiaire d'un germe morbifique spécial, la maladie se montrerait aussi dans les districts ruraux les plus sains.

Traitement.—1° Aussitôt que le diagnostic est porté, toute douleur et tout trouble nerveux doivent être controlés au moyen de la morphine en injections sous-cutanées, (à moins qu'il n'y ait quelque idiosyncrasie pour l'opium,) injections qui devront, dans le cours de la maladie, être répétées assez souvent pour soulager toute souffrance, mentale ou physique. Je recommande tout spécialement ici l'administration de la morphine par la méthode sous-cutanée; la seringue devra être bien nette; en trempant au préalable la pointe de l'aiguille dans une solution étendue de bichlorure de mercure (1 p. 1000) on empêche la formation d'abcès au point ou se fait la piqûre.

2° Les douleurs étant soulagées, couvrez le bord du lit d'une toile imperméable, placez la femme en travers du lit, ayant soin de la tenir toujours bien chaudement couverte, puis après avoir introduit avec grand soin soit un tube de Chamberlain (verre) ou un tube de Lyman (métallique) jusqu'au fond de l'utérus, injectez doucement un courant d'eau tiède au moyen d'une seringue de Davidson. Si vous avez raison de croire que des débris de placenta ou de membranes soient restés, il les faut détacher soigneusement, l'ongle du doigt fai-

sant l'office de curette, ainsi que le recommande le Dr Wilson, de Baltimore.

Certains dangers accompagnent l'administration de ces injections : (*a*) l'entrée de l'air dans les sinus utérins ; (*b*) l'hémorrhagie ; (*c*) l'introduction forcée d'une portion du liquide dans la circulation générale, par l'intermédiaire des sinus utérins ; (*d*) les convulsions et de violentes douleurs exerçant une influence mortelle sur le système nerveux ; (*e*) le passage du liquide dans les trompes de Fallope et dans la cavité péritonéale. Tous ces accidents peuvent, dans une certaine mesure, être prévenus par une attention stricte aux détails de l'opération. En faisant usage d'un gros tube et d'eau à pas moins de 100° Fahr., que l'on injecte doucement, lentement et avec beaucoup de précaution, ces dangers peuvent être évités. Il faut avoir soin que le tube n'obstrue pas tout à fait l'os externe ou l'os interne, Si le col s'adapte trop étroitement sur le tube, il faudra le dilater avant que de pratiquer les injections, et cela au moyen des dilatateurs de Barnes ou d'un dilatateur en gutta percha durci. S'il y a hémorrhagie, on ajoute du persulfate de fer à la solution antiseptique et l'on donne l'ergot à l'intérieur.

La fréquence des injections intra-utérines varie avec chaque malade. Dans les cas de médiocre intensité, alors que la température baisse assez vite, il suffira peut-être de donner une injection toutes les 5 heures ; en d'autres cas il faudra les répéter toutes les 3 heures. Enfin dans les cas mauvais il deviendra nécessaire de renouveler les injections toutes les heures. Ces injections devraient toujours être pratiquées par le médecin lui-même, et le liquide porté jusqu'au fond de l'utérus, toutes précautions prises comme il est dit plus haut. Le Dr Thomas est en faveur d'un jet intermittent. Pour lui l'irrigation continue est une illusion dérisoire. Elle fait bien pour les injections vaginales, mais même dans ces cas, le jet intermittent est encore préférable. C'est le meilleur moyen de bien laver le canal génital.

3° L'élévation de la température sera combattue au moyen de *l'appareil réfrigérateur* de Townsend placé de façon à couvrir l'abdomen tout entier, depuis le cartilage ensiforme jusqu'au pubis. Dans le service du Dr Thomas au *Woman's Hospital* ce mode de refrigération antiphlogistique est employé aussi fréquemment que le sont les gargarimes dans les maladies de la gorge, et jusqu'à aujourd'hui, aucun mauvais effet n'a été observé, frissons, pneumonie, pleurésie, etc.

4° Placez le système nerveux sous l'influence de la quinine 15 grains matin et soir, ou prescrivez la teinture de Warburg en capsules, ou encore donnez le salicylate de soude.

5° Diète : nourriture légère, surtout le lait ; on peut faire alterner celui-ci avec des bouillons.

6° Gardes-malades intelligentes et en nombre suffisant : deux sont nécessaires : une pour le jour et l'autre pour la nuit.

De plus un médecin-assistant ne sera pas de trop pour aider à mettre à exécution le plan qui vient d'être exposé.

Quand aux substances employées comme antiseptiques, ce sont le thymol, les acides carbolique, borique et salicylique, et le bichlorure de mercure. Ce dernier et l'acide carbolique sont les meilleurs. Cependant le bichlorure semble vouloir prendre le pas sur l'acide phénique.

Pour injections intra-utérines on se sert d'une solution à 1 p. 2000. —*N. Y. Medical Record.*

Dysménorrhée avec troubles congestifs, emploi des bromures de potassium, de sodium et d'ammonium, par le Dr J. Chéron.—On observe fréquemment, chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par 2, 3, 4 mois et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et des fréquents besoins de se livrer au sommeil pendant la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque les retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent des poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons. L'action favorable du bromure de potassium, employé seul, à la dose de 36 à 72 grains par jour, est incontestable, mais il se produit en même temps une grande dépression ; aussi, il est préférable d'associer les trois bromures d'après la formule suivante :

Bromure de potassium	180	grains.
Bromure de sodium	108	—
Bromure d'ammonium	60	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	3	onces.
Teinture de rhubarbe	2½	drach.
Eau distillée	8	onces.

Prendre une cuillerée à soupe, avant chaque repas, dans un peu d'eau rougie. Chaque cuillerée à soupe contient à peu près 10 grains de bromure de potassium, 6 grains de bromure de sodium et 4 grains de bromure d'ammonium.—On produit, par l'emploi de cette association, une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.—*Rev. des mal. des femmes.—Progrès médical.*

Thérapeutique des lochies dans les affections puerpérales, par le professeur G. Eustache.—La thérapeutique des lochies consiste :

1° A éviter la rétention et le séjour de l'écoulement dans les lieux de son origine, tant à la vulve et dans le vagin que dans l'utérus ;

2° A modifier par des topiques liquides l'état de ces surfaces si elles sont malades ;

3° A modifier aussi secondairement par les mêmes moyens les qualités offensives de l'écoulement.

Il résulte de là que cette thérapeutique devra être mise en œuvre chaque fois qu'il y aura une lésion des voies génitales, et notamment une métrite, et on devra l'employer le plus tôt possible, avant que le processus morbide ait envahi les parties profondes, trompes, ovaires, péritoine.

Pour remplir les indications thérapeutiques, on a :

1° *L'ergot de seigle*, qui, donné à petites doses (5 à 9 grains par jour en deux ou trois prises) empêchera la rétention des lochies ;

2° *Les injections intra-vaginales*, pour lesquelles l'auteur emploie de

préférence la solution aqueuse d'acide phénique (1/100). On fait des irrigations matin et soir, et on emploie un ou deux irrigateurs, jusqu'à ce que le liquide revienne propre.

3° *Les injections intra-utérines*, qui ne doivent être mises en pratique que lorsqu'il existe des symptômes de métrite, et surtout de métrite grangréneuse. Pour les faire, l'auteur emploie la solution phéniquée au centième, à + 30° ou + 32° et un irrigateur d'un litre, sur le tube duquel il adapte une sonde en gomme ordinaire ou une sonde à double courant : la sonde est enfoncée lentement dans l'ouverture du col à une profondeur de 5 à 10 centimètres ; on ouvre le robinet au quart et le lavement commence. La durée de l'injection varie entre 5 et 12 minutes.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

SYPHILIGRAPHIE.

Rétrécissement syphilitique du rectum.—Clinique de M. Paul Berger, à la Charité.—La malade qui va faire le sujet de cette leçon est atteinte d'un rétrécissement dit syphilitique du rectum. Ce rétrécissement est de ceux, en effet, que l'on a décrits sous ce nom alors même que la personne atteinte n'avait jamais présenté aucun accident de nature spécifique.

Il s'agit d'une femme âgée de trente-sept ans, un peu maigre, sèche, nerveuse. Il y a quatorze ans que les premiers accidents du côté de l'anus sont apparus ; ce n'était encore à cette époque que des tumeurs hémorroïdaires donnant lieu à une perte légère de sang et à quelques douleurs. Mais bientôt la santé commença à s'altérer, des troubles digestifs se manifestèrent, les selles devinrent difficiles ; peu à peu il se fit un écoulement du côté de l'anus, écoulement qui depuis lors n'a jamais cessé, présentant seulement de temps à autre des alternatives d'augmentation ou de diminution, et se reproduisant plusieurs fois par jour.

Pendant longtemps les médecins qui ont traité cette femme n'ont vu chez elle qu'une fistule borgne interne. Cependant, lorsqu'elle est arrivée dans notre service, les premières réponses qu'elle fit à nos questions nous démontrèrent que s'il existait une fistule, il y avait aussi tout autre chose. Du reste, une fistule datant de dix ou douze ans n'aurait pas été sans s'accompagner d'abcès, sans présenter de temps en temps des poussées fistuleuses. Enfin la difficulté des selles, les douleurs qui les accompagnaient et le volume très diminué des matières fécales indiquaient de toute évidence que nous étions en présence d'une lésion toute autre. De plus, les symptômes fonctionnels étaient caractéristiques. Il n'y avait pas de constipation, la malade se purgeait pour ainsi dire journellement pour rendre les selles plus faciles et le moins douloureuses possible. Les matières étaient ainsi demi-solides, en forme de rubans, de longs filaments, de la grosseur d'une plume d'oie et un peu aplaties. La défécation ne s'accompagnait pas de perte sanguine ; elle était douloureuse, douleur cuisante comme si les matières passaient sur une surface à vif. Enfin, troisième caractère fonctionnel, cette femme avait un écoulement anal purulent qui était une véritable infirmité par son abondance et ses intermittences répétées plusieurs fois

par jour, et donnait lieu à de faux besoins fréquents. Cet écoulement était caractérisé par une matière ichoreuse, sanieuse, de teinte rosée, très fétide et comparable, en un mot, à du frai de grenouille.

Après ces premières constatations, nous avons procédé à l'examen de l'anus. Celui-ci n'était pas infundibuliforme comme chez les gens amaigris. Il faisait une saillie au dehors appréciable à la vue, saillie entourée d'une sorte de dépression la séparant des ischions. Le sphincter se laissait assez facilement dilater par le toucher rectal; le premier centimètre était franchi sans difficulté, mais au-dessus le canal se rétrécissait en entonnoir, devenait rigide, inextensible et mamelonné, puis, à une hauteur correspondant au niveau de la partie médiane de la seconde phalange de l'index, le doigt était arrêté par des bourgeons au milieu desquels il devinait, plus qu'il ne le sentait, un orifice dirigé en haut et en arrière vers la concavité du sacrum. Le diagnostic n'était pas douteux : il existait un rétrécissement caractérisé par la diminution de calibre et l'inextensibilité du rectum. D'autre part, le toucher vaginal donnait la sensation, en arrière, d'un cylindre plein du volume de l'index et correspondant à la portion rétrécie du rectum. Enfin le ventre était plus ballonné, légèrement distendu, sonore partout. Il n'y avait pas de ganglions dans les aines.

Mais de quelle nature était donc ce rétrécissement ? S'agissait-il d'un état spasmodique du rectum, comme cela se rencontre parfois dans certaines affections des organes génito-urinaires ? Non, car alors on ne trouverait pas un cylindre rigide inextensible, mais seulement un anneau contractile au niveau du sphincter contracturé. De plus, l'anesthésie chloroformique jugerait la question.

Etions-nous, au contraire, en présence de quelque épithélioma, de quelque cancer du rectum ayant déterminé, comme on l'a parfois observé, un rétrécissement circulaire s'accompagnant de pertes et de douleurs vives ? Dans ce cas, la marche de la maladie, les caractères des matières, en un mot tous les signes physiques n'auraient pas été ceux que l'on constatait ici. De plus, le cancer est surtout fréquent à partir de l'âge de cinquante ans, tandis que le rétrécissement du rectum s'observe plutôt dans la partie moyenne de la vie. En outre, ce dernier débute d'une façon insensible, tandis que le cancer a un début très accusé, une marche rapide et une durée beaucoup moins longue. Dans le cancer, les pertes sont sanguines; dans le rétrécissement, elles sont ichoreuses. Enfin le plus souvent l'examen des parties lève tout doute. Dans le rétrécissement, en effet, il y a bien un léger épaississement de la paroi rectale, mais cet épaississement est partout égal, le rectum étant devenu fibreux et souple, sans inégalités de consistance. Dans le cancer, au contraire, il existe toujours une tumeur proéminente dans l'intestin et siégeant sur une partie seulement de la circonférence du rectum. Ce n'est que dans quelques cas fort rares que la tumeur forme un anneau à peu près complet. De plus encore, par le toucher vaginal et le palper périnéal, on sent très bien la présence d'une tumeur, toujours inégale, bosselée, dure dans certains points, molle dans d'autres. Dans le cancer circulaire, le doigt amène toujours un peu d'écoulement sanguin, ce qui n'a pas lieu dans le cas de rétrécissement. Ajoutons à tous ces signes celui d'une cachexie plus ou moins marquée dans le cancer.

Le diagnostic différentiel est donc, en réalité, relativement assez facile.

Mais qu'entend-on par rétrécissement syphilitique du rectum? Les auteurs anciens tels que Boyer, Desault, Laugier, etc., ont décrit un rétrécissement consécutif à la syphilis. Mais, comme à cette époque la syphilis était encore assez mal connue, nous ne pouvons attacher aujourd'hui qu'une valeur médiocre à l'interprétation que ces auteurs ont donnée des faits qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Il est bon d'ajouter que dans le même temps d'autres auteurs ont nié la participation de la syphilis. En 1854, M. Gosselin, dans le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*, a émis des idées absolument neuves, en même temps qu'il donnait une excellente description clinique, laquelle est restée désormais acquise à la science. Depuis lors, d'autres auteurs ont traité aussi plus ou moins à fond la question, et M. Fournier a proposé une théorie un peu hypothétique peut-être sur la pathogénie des rétrécissements du rectum. Quant à l'étranger, nous ne trouvons pas de travaux réellement bien importants sur la question.

Quoi qu'il en soit, voici ce que l'anatomie pathologique nous apprend. Disons tout d'abord que les autopsies sont très rares. M. Gosselin n'en cite que trois et c'est lui qui en donne le plus. Elles nous montrent les lésions qui existent au-dessus, au-dessous et au niveau du rétrécissement, lésions qui portent sur la muqueuse et sur le tissu cellulaire sous muqueux, lequel devient très épais, dur, lardacé, pouvant atteindre, au niveau même du rétrécissement, jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur. Le siège de la lésion est situé de 3 à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la marge de l'anus. Le rectum est plus ou moins rétréci, il n'est jamais complètement oblitéré; il conserve toujours un calibre appréciable qui laisse passer une plume d'oie ou une bougie uréthrale 15 ou 16.

Au-dessous du rétrécissement on trouve quelquefois des fistules résultant d'abcès et s'ouvrant d'autre part à la surface de la peau.

Au-dessus on constate une dilatation ampullaire du rectum plus ou moins grande, des ulcérations de la muqueuse rectale qui détruisent l'épithélium, mais qui ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse. Ces ulcérations ont des bords festonnés, irréguliers; leur fond est grisâtre. Elles sont, en réalité, peu profondes; elles commencent au niveau du rétrécissement et remontent jusqu'à une hauteur de 6 à 12 centimètres. Elles sont très importantes à bien connaître au point de vue des symptômes fonctionnels, car ce sont elles qui déterminent la suppuration et les vives douleurs qu'éprouve le malade, et elles sont rebelles à tout traitement; elles persistent alors que la dilatation du rétrécissement a été pratiquée avec succès, enfin elles entraînent avec elles l'anémie, la perte des forces, et peuvent ainsi, par suite, amener la mort.

En résumé, l'anatomie pathologique nous apprend que ce n'est pas du cancer, qu'il ne s'agit pas non plus d'un rétrécissement cicatriciel, mais bien d'une prolifération conjonctive résultant d'une inflammation chronique. En tous cas, la nature réelle de ces rétrécissements dits syphilitiques ne nous est pas encore connue; cette dénomination de syphilitique a été donnée parce qu'on l'observe surtout chez des sujets atteints de syphilis, mais chez notre malade il paraît tout probable qu'elle n'a jamais eu la vérole. Tout ce qu'on peut donc dire, c'est que les caractères sont les mêmes, que la syphilis soit ou non en jeu.

Chez notre malade quelle sera la marche de l'affection? Le rétrécissement est très étroit, mais il ne s'accompagne pas de grandes modifications dans la santé générale. Le danger à venir n'est pas dans l'obs-

truction de l'intestin, mais dans l'ulcération du rectum, dans l'épuisement progressif des forces résultant de l'écoulement ichoreux de la douleur et de la rétention prolongée des matières. Les malades perdent l'appétit, mangent de moins en moins; puis apparaissent des troubles digestifs, des troubles du côté de la sensibilité; enfin la santé générale s'altère de plus en plus et les individus tombent dans le marasme, et qu'il survienne alors quelque maladie intercurrente, elle emporte fatalement le malade.—De là l'indication non seulement de traiter le rétrécissement, mais encore l'ulcération.

Un fait curieux s'est présenté ici; une de nos malades, atteinte de la même affection, était depuis dix ans en traitement sans qu'aucune amélioration eut été obtenue; loin de là, même son état général était devenu tel qu'elle paraissait devoir succomber lorsque, à un moment donné, sans que nous ayons pu en deviner la cause, nous l'avons vue revenir à la santé. Le rétrécissement du rectum, qui avait jusque-là résisté à tous les modes d'intervention chirurgicale auxquels on avait eu recours, avait cédé de lui-même un beau jour, et l'intestin était devenu perméable. Ce fait bizarre est un enseignement: il nous permet d'espérer une fin aussi heureuse chez notre malade, en tous cas de la traiter avec persévérence et de lutter au moins en vue de soutenir la santé générale. Quant au traitement local, il doit avoir pour but de supprimer l'obstacle au cours des matières, c'est-à-dire de dilater le rétrécissement. La dilatation doit être pratiquée avec les plus grandes précautions, avec les plus grands ménagements au moyen de bougies, de façon à éviter des accidents toujours possibles en pareils cas. Que si maintenant, au cours de la dilatation, nous éprouvons de trop grandes difficultés à vaincre le rétrécissement, alors nous aviserons s'il n'y aurait pas lieu de recourir à une opération chirurgicale, à la rectotomie interne de M. Gosselin, ou à la rectotomie linéaire de M. Verneuil, ou à la rectotomie externe de M. Panas, ou bien encore à la colotomie lombaire.—*Gaz. des hôpitaux.*

Du bubon syphilitique.—Clinique de M. le prof. FOURNIER à l'hôpital St-Louis.—Le bubon est un symptôme constant de l'infection syphilitique à sa période primitive. Beaucoup de maladies déterminent un engorgement ganglionnaire: un traumatisme quelconque, une lésion virulente comme la piqûre anatomique, le chancre simple peuvent s'accompagner d'adénopathie; mais celle-ci n'est point un accident nécessaire, fatal, c'est une complication éventuelle, et pourrait-on dire, facultative. Il en est tout autrement de l'adénopathie syphilitique: elle ne peut faire défaut. C'est une loi pathologique qu'il n'y a pas de chancre infectant sans bubon, ce que Ricord dans son langage pittoresque exprimait en disant "que le bubon est le compagnon fidèle du chancre et le suit comme l'ombre suit le corps."

Le bubon est en relation directe de siège avec le chancre; il se développe au point où se rendent les lymphatiques de la région affectée par l'accident primitif. Les chancres génitaux étant les plus fréquents, c'est à l'aine qu'on rencontre le plus communément le bubon symptomatique. C'est à l'aine également qu'on trouve le bubon des chancres périgénitaux (anus, périnée, cuisses, fesses, mont de Vénus). On l'observe quelquefois à la région sous-maxillaire (chancre des lèvres), dans les ganglions rétro-géniens (chancre du menton), dans la région sus et sous-hyoïdienne (chancre de la langue), sur le ganglion pré-

auriculaire (chancre des paupières), à l'épitrochlée (chancre des doigts), dans l'aisselle (chancre du sein), etc.

Il fait son apparition à la fin du premier septenaire ou dans le cours du second. Je ne veux pas dire que l'initium ne date point de l'accident infectant lui-même ; mais on ne constate l'existence du bubon que lorsqu'il a pris un certain développement qu'il possède à la fin de la première semaine ou qu'il achève de prendre dans la deuxième.

En raison de la gravité de la syphilis, il serait assez naturel de croire qu'elle produit une adénopathie grave ; or, c'est le contraire qui est la vérité. Le bubon syphilitique est un accident des plus bénins. La caractéristique se résume en quatre mots : il est *minime* ou moyen, *aphlegmasique, dur* et habituellement *poly-ganglionnaire.*

Le ganglion affecté devient gros comme un haricot, une noisette ou parfois une olive. Rarement il atteint le volume d'une demi-noix.

Mais le signe distinctif par excellence, c'est l'absence de tout phénomène inflammatoire. Le bubon ne détermine ni rougeur, ni chaleur, ni troubles fonctionnels. Les téguments où il siège ont une teinte absolument normale ; le thermomètre n'accuse pas la moindre élévation de température, et les malades non seulement ne souffrent pas, mais vont, viennent et vaquent à leurs affaires. Quelquefois même le bubon passe inaperçu. Les différentes glandes qui le composent ne sont pas soudées les unes aux autres ; il n'y a pas de périadénite autour du ganglion qui conserve sa forme et reste mobile, libre et indépendant.

Il est dur ;— c'est un caractère mineur par rapport au précédent, mais qui pourtant a sa valeur et mérite d'être noté, — d'une dureté spéciale, chondroïde, élastique ; c'est l'induration du chancre transportée dans le bubon.

Enfin, il est habituellement poly-ganglionnaire, et c'est à cet engorgement multiple que Ricord a donné le nom de *pléiade.* Toutefois il peut arriver qu'un seul ganglion soit intéressé, si, comme le ganglion pré-auriculaire, il est le seul aboutissant de tous les lymphatiques d'une région. En général, plusieurs ganglions sont pris, et leur nombre est d'autant plus grand que le territoire est plus riche en glandes lymphatiques. L'aine se trouve dans ces conditions, et les chancres qui ont des bubons inguinaux existent dans la proportion de 99 °/₀ ; c'est dans la même proportion par conséquent qu'on rencontre la pléiade, c'est-à-dire une grappe de ganglions engorgés, mobiles comme des noisettes dans un sac et présentant tous les caractères que nous venons d'étudier. Ils n'ont pas tous le même volume : on en trouve un qui est plus développé que les autres : c'est le *ganglion anatomique ou direct,* celui qui reçoit la plupart des lymphatiques émergeant du chancre.

La pléiade inguinale est ordinairement double. Comment l'expliquer ? On comprend sans peine qu'il en soit ainsi lorsque le chancre siège sur la ligne médiane de la verge, ou bien lorsqu'il existe deux chancres, l'un à droite et l'autre à gauche. Mais il est des cas où, avec un chancre unique situé sur l'un des côtés de la verge, on rencontre deux pléiades. Or vous n'ignorez pas,—les belles injections de M. Sappey l'ont démontré,—que les lymphatiques s'entre-croisent et s'anastomosent sur la ligne médiane, et c'est dans ces anastomoses, disons-le en passant, qu'il faut chercher l'explication du phénomène longtemps incompréhensible du *bubon croisé.* En résumé, le bubon est

un accident fatal qui suit de très près le chancre avec lequel il est en relation directe de siège : ses caractères objectifs essentiels sont au nombre de quatre, dont le plus frappant est l'aphlegmasie. Il est le plus souvent bi-latéral, bi-inguinal ; mais il peut-être mono-inguinal ou croisé.

Quant à son évolution, elle est des plus simples : il persiste pendant un temps assez long et se résorbe spontanément. Après s'être accru rapidement, il reste stationnaire pendant des semaines et même des mois. Toujours il survit au chancre et co-existe avec la première invasion des phénomènes secondaires. Puis, au bout de trois ou quatre mois, il diminue lentement et finit par disparaître. Il meurt comme il est né, comme il a vécu : froid, indolent, et parfois ignoré.

Voilà la forme type du bubon. Elle est susceptible de quelques variétés, que je groupe sous quatre chefs au point de vue du *degré* dans le développement, de la *cohérence* des ganglions, des complications *scrofuleuses* et *inflammatoires*.

L'adénopathie est faible ou forte : tantôt le bubon est gros comme un haricot, tantôt il est volumineux comme une noix, un œuf de pigeon ou même un œuf de poule. Mais il n'existe pas de rapport entre la grandeur de l'accident primitif et le volume du bubon. Un chancre large s'accompagne d'un bubon moyen ou petit et inversement.

En second lieu, la pléiade peut être cohérente. Il arrive parfois qu'il se fait entre les glandes des suffusions plastiques sub-inflammatoires qui soudent ces glandes les unes aux autres : la pléiade apparaît alors comme une seule masse, dont les éléments toutefois se retrouvent distincts par la dissection.

Chez les individus scrofuleux, lymphatiques, le bubon devient syphilo-strumeux ou strumoïde. Il subit la dégénérescence strumeuse : les ganglions qui le constituent se soudent entre eux, s'unissent au tissu cellulaire avoisinant, et la masse ainsi formée, adhérente à la peau, évolue à la façon de l'adénite scrofuleuse.

Enfin l'absence de phénomènes inflammatoires n'est pas absolue. Quelquefois le bubon s'enflamme et devient le siège d'un travail phlegmasique, je ne dirai pas aigu, mais sub-aigu. Or cette inflammation n'est pas dans la nature du bubon : elle est due à des causes extérieures : blennorrhagie, paraphimosis, vulvite, fatigue, malpropreté, cautérisations intempestives, etc. Quoi qu'il en soit, elle s'annonce par la tuméfaction, la teinte rosée des téguments, de la douleur. Mais neuf fois sur dix c'est une complication éphémère ; les causes surajoutées disparues, les phénomènes inflammatoires s'amendent rapidement, et le bubon rentre dans l'ordre accoutumé.

Cependant, dans certains cas tout à fait exceptionnels, deux fois sur cent, le bubon arrive à suppuration, mais de la façon la plus bénigne : c'est une adénite vulgaire qui s'ouvre, se vide et se referme sans autre accident. Jamais il ne dégénère en bubon chancreux qui suppure abondamment, et s'accompagne d'ulcérations, de décollement, de phagédénisme, lésions terribles qui font courir au malade les plus graves dangers.

Traitement.—Puisque le bubon est un accident bénin, vous avez compris que les indications thérapeutiques sont restreintes et que le traitement—si un traitement est nécessaire—est des plus simples.

On s'est ingénié à trouver des indications, et toutes les méthodes inventées ont donné d'excellents résultats. Je le crois facilement, car

FORMULAIRE.

Coryza aigu.

℞.—Morph. sulph..... gr i½
Bism. subnitr..... ʒiii
Pulv. gum. acaciæ..... ʒi
M.—En prises.

℞.—Bism. subnitr..... ʒv
Pulv. benzoin..... ʒii ss
Pulv. acid. tannic..... ℈i
Morph. muriat..... gr ii
M.—En prises.—*Revue médicale.*

Emphysème pulmonaire.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Pot. iodid..... gr v
Tinct. bellad. (U. S. P.)..... m v
Spt. æther. comp..... m xlv
Sol. morphiæ (Magendie)..... m iiss
Aquæ q. s. ad..... ℥ss
M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Druggists' Circular*

Asystolie.—*Huchard.*

℞.—Caféïne..... } ãã
Poudre de digitale..... } gr ix
Pour 10 pilules.
En prendre une ou deux par jour.—*Abeille médicale.*

Hoquet grave.—*Danet.*

℞.—Zinci valerianat..... gr i
Extr. belladon..... gr ⅕
Extr. cinchonæ..... gr i
M.—Pour une pilule. A prendre toutes les 3 heures.—*Médecin praticien.*

Vomitif à l'apomorphine.

℞.—Chlorhydrate d'apomorphine..... 1 grain
Alcool rectifié..... 15 gouttes
Eau distillée..... 1½ drach
M.—Dose: Six gouttes en injections sous-cutanées chez un adulte. La solution doit être préparée récemment.—*Lyon médical.*

Torpeur du foie.—*Delafield.*

℞.—Podophyllinæ..... gr ii
Hydrarg. bichlorid..... gr i
Pulv. ipecac..... gr iv
Extr. colocynth. co..... gr x
M.—Faites vingt pilules. *Dose:* Une pilule trois fois par jour.—*Canada Lancet.*

Maladie de Bright.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Strychniæ sulph..... gr $\frac{1}{32}$
Tinct. ferri muriat..... m xv
Syrupi simpl..... ʒi
Aquæ ad..... ʒii
M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Druggists' Circular.*

Névralgie intercostale.

℞.—Veratriæ..... } ãã gr ii
Morphiæ sulph..... }
Ung. simpl..... gr LXXXX
M.—Faire chaque jour une friction sur la partie douloureuse, avec gros comme un pois de cette pommade.—*Praticien.*

Hystérie.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Tinct. castorei..... m VI
Tinct. valerian. co..... ʒi
Acid. phosphor. dil..... m vi
M.—A prendre trois fois par jour.—*Druggists' Circular.*

Orchite blennorrhagique.

℞.—Ammon muriat..... ℥i
Aquæ ..... Oii
M.—Appliquer en permanence sur les bourses des compresses imbibées de cette solution.—*Praticien.*

Erections nocturnes de la blennorrhagie.—*Dr Cambillard.*

℞.—Pot. bromid..... ʒi ℈ij
Tinct. opii..... ʒs
Glycerinæ..... ʒiii
Aquæ ..... ℥v
M.—On fait quatre injections dans les 24 heures, en les gardant dans le canal une ou deux minutes. La dernière sera faite immédiatement avant le coucher.—*Scalpel.*

Lotion rouge.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Zinci sulph..... gr xvi
Spt. lavend. comp..... ℥ss
Aquae q. s. ad..... Oi
M.—En lotions.—*Druggists' Circular.*

Liniment de chloroforme.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Chloroformi..... }
Tinct opii..... } ãã
Tinct camphor..... } ʒi.
Tinct capsici..... }
M.—En frictions.—*Druggists' Circular.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AVRIL 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36. RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'acte d'anatomie.

Le *Montreal Herald* consacre près de deux colonnes de sa page éditoriale à une charge à fond de train contre l'Acte d'anatomie qu'il qualifie de cruel, de barbare et d'inhumain. La pudeur indignée du rédacteur-en-chef de cette feuille ne peut absolument pas se faire à l'idée que le corps de tout individu mort sur la voie publique ou dans une institution de charité subventionnée par le Gouvernement, et non réclamé par un proche parent, soit remis aux écoles de médecine pour y servir à l'étude de l'anatomie pratique. Le confrère ne se scandalise pas moins du fait que l'inspecteur d'anatomie reçoit dix dollars pour chaque *sujet* qu'il fournit ainsi aux écoles ; pour lui, l'inspecteur devient un chasseur de cadavres. Un troisième point au sujet duquel le *Herald* s'indigne très vertueusement, c'est que, d'après l'Acte en question, l'inspecteur d'anatomie doit voir à ce que les restes des sujets disséqués soient décemment enterrés, une fois la dissection finie. Cette disposition de la loi n'est qu'une farce, dit-il, et une farce bien sinistre, destinée à jeter un peu de poudre aux yeux du public.

Notre intention n'est pas de nous arrêter à relever de semblables niaiseries. Nous ne les mentionnons ici que pour faire voir jusqu'où le fanatisme peut aller parfois en de certaines cervelles. L'Acte d'anatomie, tel qu'il est actuellement, est loin d'être parfait, nous en convenons, mais il a été fait dans le but de mettre fin à un état de choses des

plus pénibles et à remédier à de très déplorables désordres. Le *Herald* ne devrait pas l'oublier. Nous lui rappelerons aussi que depuis un an que l'Acte d'anatomie est en force, on n'a eu à signaler aucun cas de résurrection. Les imperfections de notre Acte, que nous sommes loin de trouver énormes, n'en déplaise au confrère, sont telles qu'elles pourront disparaître bien facilement pour peu que nos législateurs s'en donnent la peine, Mais l'esprit même du bill restera ce qu'il est, en dépit des déclamations outrées et du sentimentalisme de certaines gens qui veulent faire du zèle à tout propos. Si le rédacteur du *Herald* aime mieux qu'on en revienne à l'ancien état de choses, alors qu'il était presque impossible de se procurer des sujets autrement qu'en violant les cimetières, nous lui conseillons d'y penser à deux fois. Aux Etats-Unis, où il n'y a pas beaucoup d'Actes d'anatomie semblables au nôtre, la violation des sépultures ne suffit plus aux besoins des études anatomiques. Les sujets y sont devenus d'une rareté extrême, et les écoles ont dû en offrir des prix quasi fabuleux. Il y a quelques semaines à peine, trois individus ont été assassinés aux environs de Cincinnati, par deux nègres qui sont ensuite allés vendre les cadavres au "*Ohio Medical College.*" Interrogés, les meurtriers ont avoué fort ingénument que la vente des sujets avait été le seul mobile de l'assassinat. Quand notre Acte d'anatomie n'aurait pour effet que d'empêcher de semblables choses, sa raison d'être serait assez justifiée.

Avant de crier haro et de demander le rappel d'une loi qui jusqu'à aujourd'hui a donné ample satisfaction à la plupart des intéressés, on pourrait attendre un peu, ne serait-ce que pour attester la valeur des objections que l'on prétend soulever contre elle.

Les charlatans.

L'agent du Collége des Médecins et Chirurgiens, nous communique la note suivante :

" Le Collége a obtenu jugement contre un médecin du nom de Jas. P. Stuart, de Belleville, Ont., pour avoir pratiqué la médecine dans la province de Québec sans licence à cet effet.

" Dame Adeline Rivet, sage femme non-licenciée, épouse de A. Lafortune, de l'Assomption, a payé la pénalité avant la levée de l'action.

" Thomas Ward, charlatan de N. D. du Richelieu, a payé la pénalité avant la prise de la poursuite, laquelle était intentée pour la deuxième fois.

" Une deuxième poursuite a aussi été intentée contre M. Destrempes de St-Cuthbert. La cause en cette affaire sera entendue du 10 au 15 avril courant."

Nous sommes satisfaits de voir que l'agent du Collége ne reste pas tout à fait inactif et que la guerre continue à se faire contre les charlatans nombreux qui nous entourent. Cependant, nous est avis que cette guerre pourrait être poussée plus activement encore. Le nombre d'individus pratiquant sans licence est encore très considérable si on le compare au nombre de poursuites intentées et de jugements obtenus contre eux, et il devrait y avoir quelque moyen de le réduire davantage. A chaque instant nous entendons parler d'individus, hommes et

femmes, qui exercent ouvertement le métier de *soigneurs* et de *soigneuses* sans aucune licence à cet effet. Il n'y a pas de jours que nous n'entendions formuler quelque plainte contre la manière dont les dispositions de l'acte médical concernant les charlatans sont mises en vigueur. Est ce à tort ou à raison ? A qui faut-il s'en prendre ? A l'agent du Collége ou à l'Acte médical lui-même ?

En principe, nul ne peut pratiquer la médecine ou la chirurgie s'il n'est possesseur d'une licence du Collége. Il semblerait que cette clause fut assez péremptoire pour rencontrer tous les cas Pas du tout. On s'intitule marchand de racines ou d'herbages, l'on prend pour cela licence de magasin et vogue la galère ! On ne fait payer que les remèdes, dit-on ; les avis et les soins sont donnés par-dessus le marché. Ce n'est pas là pratiquer la médecine ! Où bien encore, quelque rebouteur parcourt les campagnes, ramanchant *gratis* à droite et à gauche. Dès lors que c'est fait *gratis*, on n'a rien à y voir. Ce n'est pas là pratiquer la chirurgie ! Dans l'un et l'autre cas, paraît-il, il n'y a délit qu'en autant que le *soigneur* reçoit de l'argent pour ses services. Cela semble incroyable, mais cela est. On comprend que de la sorte, les charlatans et les rebouteurs ne manquent pas.

Admettons pourtant qu'un de ces malheureux tombe un beau jour sous le coup de la loi. Une poursuite est instruite au nom du Collége par l'agent de celui-ci. Mais il est bien entendu que cette action est prise aux risque et péril de l'agent. Si le Collége obtient jugement, tant mieux pour lui : si non, tant pis pour l'agent qui devra en payer la façon. Comme cela, on s'imagine aisément que ce dernier ne se presse pas trop de poursuivre, et qu'il y regarde à deux fois. N'a-t-il pas un peu raison ?

Souvent aussi les charlatans poursuivis de la sorte sont des pauvres diables n'ayant ni sou ni maille et auxquels il serait bien difficile d'imposer une amende. La plupart du temps alors on exige de ces gens la promesse de ne plus exercer leur art illégal et l'affaire en reste là.

Quant aux femmes, et elles ne manquent pas, la loi est, paraît-il, à peu près impuissante contre elles, attendu qu'elles ne sont pas justiciables de le contrainte par corps, et que, presque toujours, elles sont censées ne rien posséder... que leur talent.

Si donc l'on croit avoir à se plaindre de la mollesse de l'agent du Collége à poursuivre les charlatans, on avouera aussi que l'Acte médical renferme assez de lacunes pour laisser aux délinquants plus d'une porte d'issue contre les poursuites intentées contre eux. Que le Bureau des Gouverneurs prenne souci de la chose et s'occupe à faire amender la loi de manière à nous assurer des moyens efficaces de coercition contre ceux qui pratiquent illégalement la médecine. Quand des armes nous seront ainsi fournies, la guerre se pourra faire avec plus de chances de succès.

Lactopeptine.—La faveur méritée dont jouit cette préparation est due à une heureuse combinaison de pepsine, de pancréatine et de diastase. On en obtient de très bons effets dans le traitement des dyspepsies et des affecttons intestinales en rapport avec l'alimentation chez les enfants.

A nos abonnés retardataires.

En feuilletant notre livre d'abonnements, nous y trouvons encore quelque trente-cinq ou quarante noms en regard desquels figurent des chiffres peu flatteurs pour le crédit des abonnés qui en sont affligés. Il est vrai que le nombre des retardataires s'est grandement restreint depuis un an ou deux. Les appels pressants que nous avons faits périodiquement à nos abonnés ont eu deux effets contraires mais presqu'également avantageux : la plupart ont compris notre mobile et notre but et nous ont loyalement payé arrérages et année courante ; les autres ont soldé la note, soit en argent, soit en injures, voire même des deux façons à la fois, et ont discontinué leur abonnement. Somme toute, les premiers ont augmenté notre actif et les autres ont diminué notre passif, ce qui nous a permis de modifier l'apparence générale et d'augmenter le texte du journal.

L'idée que nous avons eue, et que nous croyons tout à fait neuve, d'exiger le paiement des sommes qui nous sont dues, nous a trop bien réussi pour que nous en détruisions le cliché. La plupart de nos abonnés ont compris par un simple raisonnement, et une désastreuse expérience nous a convaincus que c'est là le seul moyen de rédiger convenablement et de maintenir un journal dont l'existence dépend avant tout des rapports harmonieux de l'avoir et du doit.

Que nos abonnés retardataires veuillent donc accepter ce qui précède comme une demande d'argent bienveillante mais positive, et accepter nos meilleurs souhaits en attendant nos remerciements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual Report of the Presbyterian Eye, Ear and Throat Charity Hospital.—Baltimore Md.

Announcement of the Baltimore Polyclinic and Post-graduate Medical School.—Baltimore, Session 1884.

Rapport de la Commission de refonte des Statuts généraux de la Province de Québec, avec la deuxième partie du projet de refonte.

NOUVELLES MEDICALES.

Le Dr. J. E. Brouillet, de la paroisse du St-Esprit, est allé s'établir à Kamouraska.

Nomination.—M. le Dr F. D. Gilbert, de Sherbrooke, a été nommé assesseur a la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, en remplacement de feu le Dr John Reddy.

Démission.—MM. les Drs. A. R. Marsolais et A. Joyal ont donné leur résignation comme médecin interne et assistant médecin interne à l'Hôpital Notre-Dame.

Hopital Notre-Dame. — *Concours pour l'internat.*—Un concours pour la place d'interne et d'assistant interne à l'hôpital NotreDame s'ouvrira à l'Université Laval, immédiatement après la vacance de Pâques.

Journal d'Hygiène.—Nous sommes informés que la publication du journal d'Hygiène, organe officiel de la Société d'Hygiène de la province de Québec, doit commencer en mai prochain. La rédaction en est confiée aux Docteurs Sév. Lachapelle et J. I. Desroches, assistés de plusieurs collaborateurs.

Falsification.—Nos échanges d'Europe nous mettent en garde contre le tartre émétique de provenance allemande. Ce sel serait, paraît-il, falsifié depuis quelques années par l'addition d'une assez forte proportion d'acide oxalique.

Congrès international de médecine.—Dans une lettre qu'il vient d'adresser au journal *The Lancet*, le professeur Panum, président de ce congrès qui s'ouvrira à Copenhague le 10 août prochain, fait connaître les noms des principaux orateurs qui se sont déjà fait inscrire pour des communications diverses. En France, MM. Pasteur, P. Bert, Ranvier, Charcot, Verneuil, Cornil, Hayem, Malassez, Chauveau, Ollier, Trippier, Lépine; en Italie, M. H. Bizzozero, Hossa, Golgi, Baccelli, Giacomo, Peromonto, Novaro, Reymond, Tomasi, Crudelli; en Allemagne, Virchow, Ludwig, Esmarch, Volkman, His, Braune, Kronecker, Munk, Kulne, Heindenhain.

La Travelers' Insurance Co'y, de Hartford, Conn., qui s'est inscrite parmi les plus hauts souscripteurs pour l'érection du piédestal de la fameuse statue de Bartholdi, vient de distribuer à tous les éditeurs de journaux une magnifique gravure de la "Liberté éclairant le monde." Nous accusons réception du joli cadeau.

La Maltine, combinée aux altérants (bromures, chlorures, iodures, etc.), en masque parfaitement le goût désagréable et permet d'en continuer l'usage aussi longtemps qu'il est nécessaire en contrebalançant efficacement la dénutrition des tissus que produit cette classe de médicaments.

Nous appelons l'attention sur les préparations françaises annoncées plus haut : Solution anti-nerveuse Larozenne, Huile Ducoux. Vin de Chevrier, Cognackina, Rondelles Vée, que l'on pourra se procurer dans les principales pharmacies de Montréal et de Quebec.

Ces préparations bien connues se recommandent par la pureté des ingrédients et par le goût exquis que les pharmaciens français, mieux que tous autres, savent donner aux remèdes. Et puis, il faut bien l'avouer, ces préparations offrent plus de garanties que les nôtres, car la formule en est déposée entre les mains des autorités qui en surveillent la préparation.

DÉCÈS.

MOUNT.—A Montréal, le 8 mars, Gustave-Edmond, enfant de P. E. Mount, M.D., à l'âge de 19 mois et 28 jours.

PELTIER.—A Laprairie, jeudi, le 13 mars, à l'âge de 62 ans et 23 jours, Dame Susanne Van Felson, veuve de feu Hector Peltier, Ecr., M. D.

BERTHELOT.—A Montréal, le 13 mars, Marie-Berthe-Ida, âgée de neuf mois, enfant du Dr G. E. Berthelot, Prof. à l'Université Laval, Montréal.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — **M. BROSSEAU.**

Du cancer du sein.

Madame A. B., agée de 42 ans, entre à l'hôpital le 12 mars. Mère de plusieurs enfants, elle a eu des abcès mammaires à la suite de ses couches. De plus, il y a trois ans, elle s'est heurté le sein droit sur une chaise; c'est à cet accident qu'elle attribue l'origine de sa maladie actuelle. Pas d'hérédité cancéreuse dans sa famille.

Etat actuel: le sein est d'un volume ordinaire; le mamelon est rétracté.

La peau circonvoisine est adhérente à la glande, mais sur une étendue d'un demi-pouce seulement; tout le reste de la peau est parfaitement mobile et saine. La rétraction du mamelon ne date que de deux mois, mais depuis quatre semaines, il s'en écoule *un liquide blanchâtre.* Les ganglions de l'aisselle sont intacts. L'apparence générale de la malade est bonne.

Vous savez, Messieurs, que les tumeurs du sein sont très fréquentes, et vous en voyez souvent dans cette salle de cliniques; vous en connaissez aussi la gravité. Il est donc très important d'en bien étudier le diagnostic, le pronostic et le traitement; c'est ce que je me propose de faire aujourd'hui avec vous.

La clinique exige que les tumeurs du sein soient partagées en trois classes au moins:

1° Celles qui restent toujours limitées à la mamelle: ce sont les *bénignes.*

2° Celles qui envahissent et détruisent les tissus voisins, se généralisent, récidivent et entraînent la mort: ce sont les tumeurs *malignes.*

3° Celles dont l'allure ressemble à celle des tumeurs bénignes, mais qui, cependant, se comportent assez souvent comme les tumeurs malignes. On les appelle tumeurs *intermédiaires* ou *à pronostic variable.*

Nous ne nous occuperons dans cette leçon que des tumeurs malignes.

Le cancer de la mamelle se présente sous la forme du squirrhe et de l'encéphaloïde. Il atteint surtout les femmes au moment de la ménopause.

Si on en excepte l'hérédité, on ne sait presque rien des causes du cancer mammaire. Presque toutes les femmes accusent un traumatisme quelconque, comme le fait Madame A. B. qui croit que la cause de sa maladie est de s'être heurtée contre une chaise. Ces allégués ne doivent être acceptés par le chirurgien qu'avec beaucoup de réserve.

Le squirrhe est bien plus fréquent que l'encéphaloïde. Au *début,* ces deux variétés de cancer se ressemblent; toutes deux commencent sous forme d'une *petite induration* de la grosseur d'un pois, d'une noix;

mais plus tard, les signes différentiels se dessinent. La consistance de l'encéphaloïde se modifie, il devient mou, même fluctuant, tandis que le squirrhe, lui, reste toujours dûr; il n'acquiert jamais un volume aussi considérable que celui de l'encéphaloïde, il est aussi beaucoup plus lent à se développer et à s'ulcérer.

Ces deux variétés s'accompagnent également d'engorgement des ganglions axillaires qui constituent souvent des masses énormes qui compriment et les nerfs et les veines du membre supérieur, d'où résultent des douleurs névralgiques et de l'œdème.

Velpeau a décrit une forme de squirrhe qu'il a baptisée du nom tout-à-fait caractéristique de *squirrhe en cuirasse*. En effet, dans cette variété, la peau s'épaissit, adhère à la glande, puis la glande, très dure, adhère solidement au thorax, de sorte qu'on dirait que la poitrine est recouverte d'une cuirasse métallique.

La peau présente à l'observation des petits corps durs, peu volumineux, des *nodosités* qui se multiplient et envahissent non seulement le thorax mais aussi le cou et l'abdomen. Ces nodosités sont l'indice d'une *gravité exceptionnelle* et présagent une récidive *certaine* si on tente l'opération. Ce genre de squirrhe envahit ordinairement les deux mamelles presque en même temps.

Il y a environ six ans, je fus appelé en consultation auprès d'une dame qui avait au sein droit un squirrhe en cuirasse des mieux caractérisés : peau, glande mammaire, muscles, côtes, tout ne formait qu'une seule et même masse. Je déclarai toute intervention inopportune. Deux mois plus tard, le sein gauche était aussi complètement envahi que le sein droit, et la malade mourut dans des douleurs atroces. La respiration était devenue de plus en plus gênée, en proportion du développement de cette cuirasse qui immobilisait le thorax.

Velpeau a aussi nommé *squirrhe atrophique* une forme clinique du squirrhe, que l'on observe surtout chez les vieilles femmes. La peau se ratatine, la tumeur se rétracte, le mamelon s'enfonce. La marche est très lente, c'est pourquoi on s'abstient, la plupart du temps, d'opérer, surtout si la femme est avancée en âge.

Il s'est présenté avant-hier, dans cet amphithéâtre, une vieille femme portant un squirrhe de cette espèce. Elle m'a rappelé que je l'avais examinée il y a sept ans, et qu'alors j'avais refusé d'intervenir. La santé de cette femme s'est assez bien conservée, malgré que le squirrhe soit ulcéré depuis deux ans; la cachexie n'est pas avancée. On sait en effet que le squirrhe atrophique peut persister pendant des années, sans aggravation locale et sans offrir de tendance à se généraliser, tandis que le squirrhe en cuirasse, lui, progresse très rapidement.

La durée de l'encéphaloïde est de douze à dix-huit mois. Le squirrhe ordinaire marche moins rapidement que l'encéphaloïde, mais si on n'intervient pas à temps, il atteint tout aussi sûrement le but fatal.

Un bon nombre de femmes *imaginaires* éprouvent des douleurs dans les mamelles à la suite d'un traumatisme quelconque, et croient être atteintes d'une tumeur cancéreuse. Le chirurgien doit alors être sur ses gardes et ne pas se laisser induire en erreur par les craintes exagérées de sa patiente. Dans un examen superficiel et se laissant influencer par l'histoire de la malade, il pourrait prendre le tissu mammaire normal mais quelque peu bosselé pour une production morbide.

Le diagnostic différentiel entre une tumeur bénigne et une tumeur

maligne doit être fait *à bonne heure*, car de ce diagnostic précoce dépend la vie de la malade. Que de chirurgiens, indécis, temporisent et *amusent* leurs malades avec des onguents ou des médicaments administrés à l'intérieur! Pendant ce temps d'arrêt, l'envahissement de la peau et des ganglions arrive, et les chances de succès par intervention chirurgicale sont grandement diminuées, sinon complètement perdues.

Ce diagnostic différentiel se tire surtout des symptômes physiques et physiologiques, ainsi que de la marche de la maladie.

Les tumeurs bénignes s'observent chez les femmes âgées de moins de trente ans, tandis que les tumeurs malignes se rencontrent de préférence chez celles qui ont dépassé la cinquantaine. Cette règle cependant souffre de nombreuses exceptions.

L'hérédité n'a qu'une importance relative. Les statistiques prouvent qu'elle existe environ dans un tiers des cas.

Le chirurgien doit étudier tout spécialement : 1° la *mobilité* de la tumeur ; 2° sa *consistance* ; 3o *L'état de la peau et du mamelon.* Vous avez sans doute, Messieurs, été frappés de la persistance que je mets, à chaque nouveau cas qui se présente ici, à vous faire constater ces faits ; je vous recommande continuellement d'exercer votre toucher, d'*instruire* un ou deux de vos doigts, puisque la vie humaine n'est pas assez longue pour que vous ayiez le temps de donner une instruction parfaite à plusieurs de vos doigts. N'oubliez pas la *dureté de bois* si particulière aux tumeurs cancéreuses.

Les tumeurs bénignes peuvent être isolées des parties voisines ; elles jouissent d'une mobilité complète, tandis que les tumeurs malignes ne peuvent être isolées du reste de la glande et adhèrent aux parties avoisinantes, c'est-à-dire à la glande mammaire elle-même, à la peau et à la paroi thoracique.

Les tumeurs intermédiaires, dites à pronostic variable, ressemblent, quant à leur isolement et à leur mobilité, aux tumeurs bénignes.

Au *début*, la dureté est un caractère commun aux tumeurs bénignes et malignes, mais plus tard, l'encéphaloïde se ramollit, tandis que le squirrhe, lui, reste toujours dur, mais il se complique d'adhérences, d'infection ganglionnaire, ce que ne font pas les tumeurs bénignes.

Le mamelon s'*enfonce* quelquefois, dans les cas de tumeurs bénignes, mais cela est dû à l'*écartement* des lobes de la glande et à la traction exercée sur lui par les vaisseaux galactophores, puis on peut reconstituer sa saillie en circonvenant la glande avec les mains et diminuant ainsi l'écartement des lobes. Dans les tumeurs malignes, c'est différent; le mamelon subit une rétraction réelle et permanente, par les adhérences qu'il contracte avec le tissu morbide, et le chirurgien ne peut lui rendre sa saillie par une pression concentrique, comme dans le cas précédent.

Jusqu'à ces dernières années, on a attaché une grande importance diagnostique à l'écoulement d'un liquide par le mamelon ; c'était considéré comme étant de mauvais augure. Mais aujourd'hui, on sait que cet écoulement de liquide indique tout simplement que le processus morbide a son siège dans la glande et que les conduits excréteurs ont conservé leur perméabilité, mais ce n'est plus considéré comme une preuve certaine de cancer. En effet, cet écoulement manque très souvent dans des tumeurs indubitablement cancéreuses, tandis qu'il existe dans un grand nombre de tumeurs bénignes.

Un autre caractère qui aide beaucoup au diagnostic différentiel des tumeurs bénignes et malignes de la mamelle, c'est l'*ulcération*. On ne l'observe que très rarement dans les tumeurs franchement bénignes : dans les tumeurs malignes, au contraire, elle est très fréquente, car la peau finit toujours par être envahie par l'altération morbide sous-jacente, puis elle s'ulcère. L'état des ganglions lymphatiques de l'aisselle est aussi très important au point de vue du diagnostic.

Les ganglions axillaires restent intacts même quand les tumeurs *bénignes* sont très *développées*, tandis qu'ils s'engorgent et s'indurent quand les tumeurs *malignes* sont encore *petites*.

La tumeur bénigne survient chez les jeunes femmes, se développe lentement, sans *douleur* ; la santé générale se conserve. La tumeur maligne se déclare chez les vieilles femmes, se développe rapidement ; elle est accompagnée de douleurs, après les premiers mois, puis la santé générale s'altère invariablement, l'*amaigrissement* rapide est surtout notoire.

Les principaux signes différentiels du squirrhe et de l'encéphaloïde sont les suivants : Le squirrhe est petit, d'une dureté extrême, s'accompagne de rétraction du mamelon et de la peau ; évolution lente. L'encéphaloïde est volumineux, sa consistance devient molle.

Quant au *traitement* des tumeurs du sein, nous devons avouer que ni les tumeurs bénignes, ni les tumeurs malignes ne subissent aucune action curative des remèdes internes. Les iodures, l'arsenic, etc, font partie de l'ensemble des moyens qui constituent le *traitement* plutôt *moral* que physique, et il est souvent à propos de s'en servir dans ce but.

Le rôle du chirurgien se borne à soutenir les forces et à calmer les douleurs. La morphine à l'intérieur ou en injections hypodermiques rend de grands services.

Non seulement les topiques dits *résolutifs* restent sans efficacité contre les tumeurs du sein, mais ils peuvent même avoir une action nuisible sur la peau qu'ils irritent et enflamment. Messieurs, je proteste énergiquement contre cette funeste habitude qu'ont certains médecins d'appliquer des emplâtres ordinaires, des onguents sur les tumeurs du sein : il y a déjà trop de charlatans, hommes ou femmes, qui, par ce moyen, abusent de la crédulité de ces pauvres affligées.

Que les médecins se rappellent bien que quand il s'agit de cancer, l'intervention chirurgicale doit être radicale, c'est-à-dire qu'il faut être certain de pouvoir enlever tout le mal, sinon, il est mieux de s'abstenir *complètement*.

Le chirurgien peut se servir de caustiques puissants, tels que le chlorure de zinc (pâte de Canquoin), les flèches de Maisonneuve, le fer rouge (thermocautère), mais il ne fait qu'irriter et activer la maladie en se servant, soit du nitrate d'argent, soit d'une solution faible des autres caustiques.

Sur dix patients qui se présentent ici avec des maladies cancéreuses, il y en a au moins huit qui ont essayé des onguents, emplâtres, etc, qui n'ont eu pour effet que d'irriter la partie malade, d'y activer la circulation et par conséquent de hâter le progrès de l'affection.

L'effet le plus dommageable n'est cependant pas celui que je viens de vous signaler, mais c'est d'*amuser* ainsi ces malheureux durant des

semaines et des mois, et quand, en désespoir de cause, ils viennent consulter les hommes mieux renseignés, il est trop tard ; le cancer a envahi la peau et les ganglions, et l'opération est impraticable et des plus risquées. Soyez donc bien avertis que quand une femme vous ira trouver pour " quelque chose au sein ", comme elles disent toujours, votre devoir est de l'examiner attentivement et, s'il le faut, d'appeler un confrère en consultation.

Faites de suite votre diagnostic, puis suivant le cas, enlevez *complètement* la tumeur ou ne faites rien du tout. Surtout, n'amusez pas la malade jusqu'à ce qu'il soit trop tard pour opérer avec chance de succès, car, dans ce cas, vous seriez en partie la cause de sa mort.

Messieurs, je ne saurais terminer cette leçon d'une façon plus avantageuse et plus instructive pour vous, qu'en vous donnant un résumé et des extraits d'une clinique de M. Chs Monod, agrégé de la Faculté de Paris et suppléant de M. le prof. Trélat à l'hôpital Necker. Je suis heureux de pouvoir vous dire, en passant, que j'ai connu intimement M. Monod, à Paris, il y a déjà douze ans, et que j'ai pu, dès lors, apprécier son jugement sain et ses vastes connaissances. C'est pourquoi je vous livre en toute confiance ces extraits que vous saurez, j'en suis certain, apprécier autant que je l'ai fait moi-même.

Voici, dit M. Monod, la marche habituelle du cancer du sein : nodosité ou tumeur, d'abord intra-mammaire, plus ou moins perdue dans l'épaisseur de la glande, qui devient ultérieurement adhérente à la peau, amène la tuméfaction des ganglions de l'aisselle, s'unit profondément aux muscles et à la paroi thoracique, s'ulcère enfin et finit par entraîner la mort par la généralisation dans les différents viscères et par cachexie.

Il est intéressant pour le chirurgien appelé à prendre une détermination, et à la prendre en temps utile, de savoir dans quel ordre ces diverses phases de la maladie se succèdent, et s'il est possible d'assigner à leur apparition une date plus ou moins précise.

L'étude des statistiques fournit sur ce point des données intéressantes. Il résulte de l'ensemble des faits analysés par les auteurs que, jusqu'au *septième* ou *neuvième* mois, la peau reste habituellement intacte, tandis que vers le quatorzième elle est presque toujours déjà adhérente à la tumeur sous-jacente.

En règle générale, on peut admettre que la *tuméfaction des ganglions* de l'aisselle survient en même temps que l'envahissement de la peau ou la suit de très près. J'ai à peine besoin de vous faire remarquer l'importance pratique de cette notion. Toutes les fois que la peau sera prise, on soupçonnera qu'il y a dans l'aisselle des ganglions apparents ou cachés, et l'on devra apporter à leur recherche les soins les plus minutieux. Le fait seul de l'altération de la peau autorise à prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle, pour procéder à une exploration directe. L'adhérence aux muscles et à la paroi thoracique ne vient qu'au troisième rang, par ordre de date, dans l'évolution du cancer du sein. L'ulcération de la peau est le dernier terme de cette série d'accidents locaux.

En somme, et pour résumer d'un seul mot les indications qui précèdent, nous voyons que vers la fin de la première année ou au commencement de la seconde, la peau est prise et les ganglions de l'aisselle tuméfiés. Six mois plus tard, la tumeur devient adhérente au thorax, puis elle

s'ulcère. En d'autres termes, pour que l'opération soit faite en temps vraiment opportun, c'est-à-dire alors que le mal est absolument *local*, n'ayant en aucun point franchi les limites de la glande, il faut qu'elle soit pratiquée *avant le neuvième mois*. Plus tard, elle pourra évidemment être encore tentée, mais elle devra emporter, non seulement la peau dans une étendue variable et les ganglions de l'aisselle, mais aussi le plus souvent une partie plus ou moins profonde des tissus fibreux et musculaires de la paroi thoracique. Plus tard encore, plus on s'éloignera de la fin de la seconde année de la maladie, plus l'intervention deviendra aléatoire. Le moment viendra bientôt où la généralisation du mal contre indiquera absolument toute opération. C'est en effet à la fin de la deuxième année ou au commencement de la troisième que les auteurs s'accordent à placer la date de l'apparition des premières métastases viscérales.

La mortalité de l'amputation du sein pour cancer est d'environ 15 à 16 p. c. L'opération n'est par conséquent pas de celles dont la gravité soit telle qu'il faille, de ce chef seul, renoncer à l'entreprendre.

Le chiffre proportionnel des guérisons définitives serait d'environ 10 p. c. Dans bon nombre de cas où la guérison a été ainsi obtenue, les malades ont dû subir une seconde, parfois une troisième opération, avant que le succès ait pu être considéré comme assuré.

La récidive se produit du troisième au sixième mois, très rarement au-delà de la première année qui suit l'opération.

Pour Broca, le résultat de l'opération est d'augmenter *de plus de six mois* la durée moyenne de la vie ; d'autres prétendent même que la *survie* est prolongée de *dix* mois. Si plus tard la récidive se produit, la suppression momentanée de leur mal et de leurs souffrances a du moins procuré aux opérées un soulagement réel. L'espoir d'être définitivement guéries leur donne une satisfaction morale dont il faut tenir compte. Une intervention chirurgicale qui n'est pas très grave, et qui loin d'abréger les jours, donne une survie, est donc pleinement autorisée.

Conclusion générale : L'intervention chirurgicale dans le cancer du sein ne doit pas être *a priori* rejetée, mais pour être réellement utile, elle doit satisfaire à deux conditions essentielles : elle doit être faite en *temps opportun*, elle doit être *aussi complète que possible* ; c'est dire que l'opération sera *précoce* avant que le septième ou le neuvième mois au plus se soit écoulé depuis le début de la maladie. A cette époque, ni la peau, ni les ganglions ne sont atteints ; alors, en enlevant la glande entière, on est à peu près certain d'enlever tout le mal. Dans ces conditions il est permis de parler de la curabilité du cancer. Dans certains cas, l'opération est formellement contre-indiquée, par exemple, lorsque le néoplasme mammaire s'accompagne de nodosités cutanées, disséminées à la surface de la région malade. Ces petites masses, indépendantes de la tumeur principale, de même nature cependant, s'étendent souvent au loin sur la peau de thorax. En pareil cas, une opération complète est impossible, et la récidive dans la cicatrice ou dans son voisinage est fatale. Afin de vous bien graver dans la mémoire la gravité de ces petits corps durs, de ces nodosités disséminées dans la peau, je vous rapporterai un exemple. J'opérai, il y a quelques années, la femme d'un confrère médecin, Mme. M. B. Autour du sein, nous, (son mari et moi) ayant constaté ces petits corps durs, ces nodosités, refusâmes d'abord l'opération, mais cette pauvre malade était tellement inquiétée

par sa tumeur, qu'elle insista avec persistance à se faire opérer, ce à quoi nous consentîmes plutôt dans le but de la délivrer de ses inquiétudes que dans le but de la guérir. La plaie ne se ferma pas, une large étendue de peau environnante se remplit de ces nodosités, et la mort survint quelques mois après l'opération.

Le cancer en cuirasse de Velpeau, qui est plutôt un cancer des téguments que de la glande elle-même, s'étend à toute la partie antérieure du thorax, est aussi un de ceux auxquels il ne faut pas toucher. Le squirrhe *atrophique ou rétractile* du même auteur se rencontre presqu'exclusivement chez les femmes agées.

Le mal peut être porté pendant des années sans qu'il paraisse retentir sur l'état général. Il faut donc ici encore savoir ne pas agir, car l'intervention ne ferait qu'accélérer la marche de la maladie et hâter la terminaison fatale. Dans l'âge adulte, vous trouverez encore des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir. Mais ces cas sont difficiles à définir ; c'est chez des femmes qui ont toute l'apparence d une santé parfaite. Les seins sont gros, proéminents, l'un est manifestement *plus volumineux* que l'autre, il est plus dur ; on y perçoit une *masse principale* formant tumeur ; le tissu glandulaire voisin n'a plus la *souplesse* normale, on y découvre des *indurations* à limites *peu précises*, disséminées dans toute l'étendue du sein. Profondément dans l'aisselle, à travers une couche épaisse de tissu graisseux, on perçoit des ganglions tuméfiés.

Ici encore, lorsque l'on opère, la récidive se fait avec une promptitude extrême, le plus souvent dans la plaie avant qu'elle ne soit fermée.

Laissée à elle-même la maladie marche avec une moins grande rapidité. La mort survient un an au plus après le début du mal, mais ces cas sont difficiles à reconnaitre d'avance.

Enfin ai-je besoin de vous dire, que si vous constatez chez vos malades la moindre trace de généralisation, la non intervention sera un devoir absolu.

Lorsque les ganglions *sous-claviculaires* sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. Leur altération est, presqu'à coup sûr, l'indice d'une généralisation commençante.

Lorsque les produits néoplasiques ont, du sein, gagné les ganglions axillaires, et que franchissant cette première barrière, ils ont atteint les ganglions souspectoraux, puis ceux qui siégent au dessus de la clavicule, il y a grande chance pour que l'infection se soit propagée plus loin, sans peut-être se révéler encore par des signes appreciables à l'exploration directe. On ferait donc, en intervenant, une opération inutile et même nuisible ; s'abstenir sera plus sage.

En dehors de ces contre-indications, et dans les conditions que je vous ai exposées plus haut, j'estime que le cancer du sein peut et doit être opéré. Ces conditions, je les résume d'un mot : opération *précoce* si possible ; en tout cas opération *complète*.

Ainsi conduite, votre intervention sera absolument justifiée, et vous pouvez espérer qu'elle sera utile. Elle procurera à votre malade au moins quelques mois de survie, et parfois, plus souvent qu'on ne le croit communément, une guérison définitive.

Physiologie et pathogénie de la fièvre ; (1)

par L. J. V. Cléroux, M. D., Montréal.

L'élévation constante de la température normale est le signe caractéristique de la fièvre. Ce symptôme suffit à lui seul pour définir l'état fébrile, car la plupart des autres phénomènes liés à cet état morbide dépendent de l'élévation de la température.

La fièvre est donc intimement liée à la calorification, et pour en étudier la nature il convient d'être bien fixé sur le mécanisme physiologique de la température. C'est pourquoi je rappellerai brièvement les divers phénomènes qui président à la calorification.

Aucun organe n'est spécialement destiné à la calorification. Elle est produite par les combustions qui s'opèrent au niveau des tissus aux dépens de l'oxygène de l'air et des matériaux fournis, soit par les aliments, soit par nos propres tissus.

Le rôle du sang, dans les phénomènes calorifiques, consiste à porter l'oxygène aux éléments anatomiques ; il reçoit d'eux sa chaleur, qui est d'autant plus considérable que l'état fonctionnel des organes d'où il s'échappe (muscles, glandes, etc,) est plus énergique ; et de plus, il établit l'équilibre thermique dans tout l'organisme. Il ne faudrait pas croire, cependant, que dans le liquide sanguin il ne puisse se développer des actes produisant de la chaleur. Ils sont tellement limités que nous n'en tenons pas compte ici.

Ces sources de production de chaleur amèneraient une élévation incessante dans la température du corps, si elles n'étaient soumises à des pertes de chaque instant. Nous cèdons, par rayonnement et par contact, une certaine quantité de chaleur à l'air et aux objets qui nous entourent, et en second lieu, l'évaporation qui se fait constamment à la surface des poumons et de la peau constitue pour l'organisme une source considérable de refroidissement. L'absorption des corps froids et enfin une certaine quantité de forces vives mises en liberté et utilisées pour la production du mouvement sont aussi des causes de déperdition de chaleur.

La source de la chaleur se trouve donc en grande partie dans la *force nutritive* qui détermine la production des phénomènes physico-chimiques de la nutrition. Cette force est d'autant plus active que le liquide nourricier (lymphe et sang) est plus abondant et plus riche, et que les tissus se prêtent davantage aux échanges nutritifs.

Le système nerveux, par son action constrictive ou dilatatrice sur les vaisseaux capillaires, peut diminuer ou accroître la quantité de blastème nutritif, et par son action tonique, stimulante ou trophique sur les tissus, il les prédispose plus ou moins aux échanges nutritifs. Le système nerveux exerce donc une influence considérable sur la thermogénèse.

Cl. Bernard admet l'existence de nerfs spéciaux thermiques dont l'action immédiate aurait pour conséquence une suractivité sur place dans les échanges chimiques avec production de chaleur. M. Vulpian et plusieurs autres physiologistes rejettent l'existence des nerfs thermiques et admettent que les nerfs céphalo-rachidiens et sympathiques,

(1) Travail lu devant la *Société Médicale de Montréal.*

tout en accomplissant leur action physiologique sensitive ou motrice, favorisent et gouvernent en quelque sorte la nutrition des tissus qu'ils innervent. L'abaissement de la température et la dégénérescence du tissu dont le nerf rachidien a été sectionné sont une preuve de l'influence exercée par ces nerfs sur la nutrition ou la thermogénèse.

Le grand sympathique possède une autre action beaucoup plus importante relativement à la thermogénèse. C'est lui qui, par les capillaires, préside à la distribution du liquide nutritif dans les tissus. Son action est pour ainsi dire mécanique, il régularise la calorification en tenant les vaisseaux capillaires dans un état de contractilité qui ralentit la circulation dans les tissus, suivant les besoins de la nutrition et de la calorification. L'influence de ce nerf ne se limite pas à la régulation des phénomènes produisant de la chaleur, il intervient aussi dans la régulation des déperditions. Ainsi, lorsque les causes de calorification augmentent, le système sympathique dilate les vaisseaux capillaires cutanés et pulmonaires et exagère le nombre des respirations, ce qui produit une perte plus grande de calorique par l'évaporation à la surface de la peau et du poumon. Le contraire se produit lorsque ce sont les causes de refroidissement qui augmentent.

On ne peut séparer l'action des nerfs de celle de leur noyau d'origine, puisque la fibre nerveuse n'est qu'un fil conducteur reliant les divers tissus de l'économie avec la cellule nerveuse. La fibre nerveuse reçoit de la cellule sa force excitante et trophique. Les liquides de l'économie peuvent aussi être des excitants de la fibre nerveuse.

La moelle épinière et le bulbe possédant les noyaux d'origine des nerfs rachidiens et du sympathique. exercent sur la calorification une influence très accusée. Si l'on sectionne transversalement la moelle épinière d'un animal, la production de la chaleur augmente aussitôt de 4° à 6°, et plus la section est rapprochée du bulbe, plus l'augmentation de la tem pérature est rapide. On explique cette élévation par l'influence modératrice qu'exerce le sympathique sur les processus d'oxydation; et c'est comme conséquence de sa paralysie que se produit l'élévation de la température après la section de la moelle.

L'influence du cerveau sur la calorification est encore peu connue, et les modifications de la température locale et générale signalées par MM. Ludwig et Vulpian, après des lésions de certaines parties du cerveau, paraissent le résultat de troubles vaso-moteurs.

Ces dernières considérations terminent les principales données qui concernent ce mode de production de la température normale.

Nous abordons maintenant l'étude de la température fébrile.

La température du corps chez l'homme sain et dans les conditions ordinaires de la vie se maintient à peu près fixe; elle est de 37° si on l'observe à l'aisselle, et elle augmente de quelques dixièmes de degrés dans le rectum: 30.°3,37.°5. Lorsque la température se maintient constamment à un degré ou plus au-dessus de la normale, l'organisme est souffrant, il y a fièvre.

Cet accroissement de chaleur résulte-t-il d'une augmentation dans les combustions de l'économie ou d'une diminution dans les déperditions de chaleur comme l'ont soutenu Flasse et Fick?

La majorité des physiologistes et des cliniciens admettent une exagération de la sécrétion de l'urée et une augmentation dans l'exhalation de l'acide carbonique, dans le processus fébrile; non pas, bien entendu,

en comparant les chiffres à ceux que l'on observe chez l'homme sain, mais bien à la quantité d'urée et d'acide carbonique que l'on constate chez l'homme à jeun ; de plus, l'application de la calorimétrie faite par Liebermeister et Kernig a démontré par des expériences précises que le fébricitant émet plus de chaleur que l'homme sain.

Ces données suffisent amplement, je crois, pour démontrer l'augmentation des combustions dans la fièvre.

" Diverses théories ont été invoquées pour expliquer le processus fébrile. Dujardin-Beaumetz les groupe en trois classes principales : dans l'une on repousse absolument toute augmentation dans les combustions de l'économie et l'on invoque, pour expliquer le processus fébrile, les modifications apportées dans ce réseau capillaire : ce sont les théories de Traube et de Hunter.

" Dans la seconde classe, on admet l'augmentation dans les combustions, mais comme un élément absolument secondaire, le rôle principal étant dévolu aux vaso-moteurs : le sont les théories de Senator et de Marey.

" Enfin dans la troisième, l'augmentation dans les combustions constitue le fait dominant, principal, et selon que l'on explique cette augmentation dans les combustions, soit par un trouble dans la régulation thermique, soit par l'influence de certaines parties du système nerveux, soit par des modifications dans les vaso-moteurs, on a successivement les théories de Liebermeister, de Cl. Bernard et de Vulpian."

Les différences qui existent entre ces théories dépendent naturellement du rôle physiologique différent que leurs auteurs donnent aux organes qui président à la calorification. Et de plus, la chaleur étant produite par le fonctionnement de plusieurs organes, on a encore diverses théories suivant que les auteurs localisent la production du processus fébrile dans un organe spécial, à l'exclusion des autres. Le temps ne me permettant pas de discuter toutes ces théories, je me bornerai à vous donner celle qui me paraît réunir les opinions les mieux fondées.

La fièvre est un phénomène sympathique. Elle succède immédiatement ou secondairement à certaines impressions morbifiques particulières qui agissent directement sur l'impressionabilité organique ou indirectement par le sang. Sous l'influence de cette cause morbifique, les centres trophiques (tels qu'entendus par Vulpian) étant excités anormalement, occasionnent une suractivité de la combustion, laquelle est bientôt suivie d'une élévation thermique. Aussi le premier phénomène de la fièvre est-il une augmentation des combustions, révélée entre autres par l'urine. Ce phénomène précède le frisson ainsi que tout autre signe appréciable de fièvre.

Nous avons vu précédemment que la chaleur normale était produite par de nombreux facteurs ; il en est de même de la température fébrile. Le système sympathique n'est certainement pas étranger à la production de la chaleur fébrile. Il demande peut-être une cause plus puissante que n'en requièrent les centres trophiques pour s'associer à eux comme facteurs de la température fébrile ; il est peut-être aussi moins prompt que ces derniers à répondre aux mêmes excitations morbifiques, mais son intervention n'en est pas moins évidente.

Impressionné par la cause pyretogène, tout le système capillaire se contracte, soit par l'irritation directe des nerfs vaso-moteurs, soit par

l'irritation de la moëlle et du bulbe, soit par action réflexe. Cette irritation continuelle amène l'épuisement ou l'hyposthénie des vaso-moteurs : les vaisseaux sont alors anormalement dilatés et les combustions interstitielles plus actives.

Nous savons que le grand sympathique joue un rôle important dans la régulation de la chaleur. Le désordre que produit la cause pyretogène dans son fonctionnement atténue considérablement son action régulatrice sur la température.

Il ne faudrait pas croire pour cela qu'il n'y a plus de régulation de la chaleur dans la fièvre ; il y a simplement transposition du degré de la régulation. Tandis que l'homme sain maintient sa température autour de 37°, le fébricitant la maintient autour de 39°, 40° suivant l'intensité de la fièvre dont il est atteint, et il la maintient par les mêmes procédés que l'homme sain. Pour Liebermeister l'essence de la fièvre réside dans une régulation de la chaleur pour une température plus élevée que la normale.

Les causes morbides peuvent agir aussi sur la substance organisée, y modifier les processus nutritifs et thermogènes d'une façon tout à fait directe, et par conséquent sans l'intermédiaire obligé du système vaso-moteur. (Vulpian.)

Les excitants morbifiques qui donnent naissance à l'acte sympathique fébrile sont très nombreux. Ce sont d'abord les impressions morales très vives, le chagrin, la douleur, etc, qui surexcitent directement l'impressionabilité organique. Il est probable que la fièvre inflammatoire prend son origine dans l'excitation nerveuse produite par la lésion inflammatoire, puisque la fièvre peut apparaître avant qu'il y ait absorption de produits provenant de la destruction des tissus enflammés.

La fièvre a encore plus souvent pour causes les altérations éphémères ou prolongées du sang. Le pus et les autres matières provenant des foyers inflammatoires introduits dans la circulation sont des substances pyrogènes, alors même qu'ils n'ont subi aucune fermentation putride. Le sérum du pus, séparé des éléments globulaires qu'il tient en suspension, possède les mêmes propriétés pyrogènes par la sepsine, alcaloïde spécial qu'il contient. Les sérosités des foyers inflammatoires sont également pyrogènes. Le miasme paludéen dans la fièvre de marais, les poisons morbides ou les microbes des fièvres éruptives et des fièvres typhiques, les virus animaux dans la morve et le charbon, les produits d'oxydation surabondants dans la fièvre éphémère par fatigue musculaire, par travaux intellectuels, etc, sont autant de substances qui, par leur présence dans le sang, modifient le fonctionnement des centres trophiques et vaso-moteurs, et déterminent l'élévation de la température de la fièvre.

Traitement du rhumatisme musculaire.—Se fondant sur les propriétés analgésiques de l'acide phénique, M. Hurz conseille l'emploi de ce médicament, en injections intra-musculaires, contre les douleurs, si pénibles parfois, du rhumatisme musculaire. Il injecte une solution à 1 0/0 ou à 2 0/0. Les injections sont peu douloureuses et développent tout au plus une sensation de brûlure. L'effet analgésiant se manifeste, parait-il, au bout de 15 à 20 minutes.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

NOTES DE THERAPEUTIQUE ; (1)

Par H. E. Desrosiers, M. D.,

Professeur à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Iode.—Eau chloroformée.—Huile de croton.—Strychnine.—Gelsemium.—Hydrastis canadensis.—Nitro-glycérine et chlorure d'or et de sodium.

Iode.—M. le Dr Chéron préconise (*Revue médicale*) l'emploi de l'iode, intus et extrà, dans le traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, surtout chez les sujets lymphatiques. Pour lui, la teinture d'iode appliquée largement, tous les deux ou trois jours, sur la région des reins, agit comme l'application de la chaleur, c'est-à-dire qu'elle stimule les centres d'innervation vaso-motrice de la moelle lombaire et du sympathique, et par cela même décongestionne l'appareil utéro-ovarien. De cette décongestion résulte l'arrivée normale du flux menstruel rendu difficile, retardé ou supprimé par l'état congestif morbide de l'appareil utéro-ovarien. La teinture d'iode seule suffit lorsque la névralgie lombo-abdominale n'est pas intense. Dans le cas contraire, il faut avoir recours à la teinture d'iode morphinée.

M. Chéron estime qu'à l'intérieur, l'iode est de tous les emménagogues celui dont l'action est la plus sûre, plus particulièrement chez les personnes grasses, à peau très blanche, à tempérament lymphatique.

Eau chloroformée.—L'usage de ce nouvel agent thérapeutique commence à se répandre en France. Pour préparer l'eau chloroformée (*Gazette hebdomadaire*), il suffit de verser dans un flacon aux trois quarts plein d'eau distillée un excès de chloroforme pur, d'agiter pendant une heure à diverses reprises le mélange, et de laisser déposer le chloroforme jusqu'à complet éclaircissement. L'eau est séparée du chloroforme en excès par décantation. Elle contient près de 1 pour 100 de chloroforme. A ce degré de concentration, cette solution est douée d'une action locale trop irritante pour être aisément supportée à l'intérieur. Il convient donc d'y ajouter son volume d'eau, sauf à revenir petit à petit à la solution officinale si la tolérance de l'estomac le permet.

Les principales propriétés médicamenteuses de l'eau chloroformée sont les suivantes : Elle calme les douleurs et les sensations nauséeuses dont souffrent les malades atteints de dilatation stomacale pendant le stade pénible de leur digestion. Etant un antispasmodique précieux, elle donne de bons résultats dans les vomissements d'origine nerveuse et dans ceux de la grossesse. Elle est enfin un excellent tonique buccal contre les douleurs d'origine dentaire, parce qu'à son action calmante vient s'ajouter sa propriété anti fermentescible. L'eau chloroformée peut donc être considérée, tantôt comme élément actif, tantôt comme excipient. On peut y ajouter, suivant le besoin du moment, divers sels médicamenteux, tels que bromure de potassium, salicylate de soude, hydrate de chloral, perchlorure de fer.

---

(1) Voir la livraison d'avril.

Huile de croton.—M. Harold Senier vient de doter la science d'une importante découverte. Dans une communication à la *Pharmaceutical Society of Great Britain*, il dit avoir pu, au moyen de l'alcool, séparer l'huile de croton en deux parties, l'une soluble dans le véhicule où réside le principe vésicant, l'autre insoluble, dénuée de toute action révulsive. C'est à cette dernière portion, insoluble dans l'alcool et non révulsive, qu'appartient toute la propriété purgative. Elle n'est pas trop irritante et agit bien à dose de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{2}$ goutte. On l'administre sous forme de pilules, combinée au carbonate de magnésie ou à l'extrait de jusquiame. L'huile soluble dans l'alcool contient le principe vésicant. Elle est d'une couleur brune, d'une odeur forte d'huile de croton, d'un goût brûlant persistant, de réaction acide. Appliquée sur la peau, elle y fait promptement lever des pustules.

Il y a donc tout avantage à employer les huiles de croton telles que préparées par le procédé Senier. Délivrée de toute la partie purgative, l'huile vésicante agira beaucoup plus rapidement sur les surfaces auxquelles elle sera appliquée. Par contre, l'huile purgative privée du principe irritant sera d'un emploi beaucoup plus sûr et moins dangereux, outre qu'elle pourra être administrée à doses plus petites.

Strychnine.—Le Dr Emile Dephilage, de Mons, (*Journal d'accouchements*) fait de la strychnine un succédané du seigle ergoté dans les cas de dystocie par inertie utérine. A l'en croire, l'action de la strychnine serait même plus efficace que celle de l'ergot de seigle. Il l'administre en granules contenant $\frac{1}{100}$ gr. de sulfate de strychnine, et donne un de ces granules toutes les dix minutes.

Gelsemium.—Dans une communication à la *New-York Clinical Society*, le Dr L. E. Holt a rapporté un cas de douleurs post-puerpérales traitées avec succès par le gelsemium. La malade ne pouvait supporter l'opium, et toutes les applications locales ordinaires étaient restées sans effet. Le soulagement fut assez prompt sous l'action de doses fractionnées et fréquemment répétées de teinture de gelsemium.

Hydrastis canadensis.—Le Dr Schatz, de Rostock, a expérimenté ce médicament dans le traitement des troubles de la menstruation. L'hydrastis semblent agir sur les muqueuses dont il fait contracter les vaisseaux, et en particulier sur celle des voies génitales chez la femme. Schatz a obtenu des résultats favorables surtout dans les métrorrhagies dues à la présence de fibromes utérins, les hémorrhagies de l'état puerpéral et les ménorrhagies se montrant chez les jeunes filles de quinze à dix-huit ans, enfin dans tous les cas d'endométrite chez lesquels le grattage est resté sans effet. Dans la plupart des cas il administrait le médicament une semaine avant le début présumé de la période menstruelle. Là où les menstrues se montraient plus fréquentes, il donnait l'hydrastis plus à bonne heure encore. En plusieurs cas, l'hémorrhagie non-seulement fut moins profuse et dura moins longtemps, mais fut parfois tout à fait supprimée. Dans des cas de myômes, les pertes cessèrent durant des mois entiers. L'extrait fluide d'hydrastis était administré à dose d'environ vingt gouttes, trois fois par jour.

Nitro-glycérine et chlorure d'or et de sodium.—A la suite de plusieurs observateurs qui ont déjà expérimenté la glonoïne, le professeur Bartholow, de Philadelphie, vante (*N.-Y. Medical Journal*) l'emploi de cette substance dans le traitement de la maladie de Bright. Il se base pour cela sur le fait, manifestement établi, que la nitro-glycérine abaisse d'une manière marquée la tension vasculaire et favorise la dilatation des capillaires, diminuant par là même la somme de force que le cœur doit mettre en jeu, et le soulageant d'autant. Il prescrit le médicament dans les premières périodes de la néphrite aiguë et aussi dans les cas de lésions mitrales compliquées d'albuminurie. Dans la néphrite chronique, elle serait indiquée à toutes les périodes, mais surtout avant qu'il se soit produit d'hypertrophie des fibres musculaires des artérioles. Bartholow fait préparer une solution alcoolique de glonoïne au 100e (une minime de cette solution renfermant $\frac{1}{100}$ gtte de nitro-glycérine pure), et en donne une goutte toutes les 3, 4 ou 6 heures, augmentant la dose jusqu'à ce que les effets caractéristiques du remède se soient produits.

Le chlorure d'or et de sodium est réservé, vû ses propriétés altérantes qui le rapprochent du bichlorure de mercure, aux formes chroniques du mal de Bright; on doit le donner à bonne heure afin de prévenir si possible, les lésions de structure du tissu rénal. La dose ordinaire est de $\frac{1}{20}$ gr. deux fois par jour; on peut cependant commencer par $\frac{1}{10}$ ou $\frac{1}{15}$ gr. S'il se produit des effets désagréables, on réduit la dose davantage Il va sans dire que le traitement du mal de Bright par la nitro-glycérine et le chlorure d'or et de sodium n'exclut pas l'emploi des autres mesures, hygiéniques, diététiques, etc. Pour mieux apprécier les effets de ces deux médicaments, il vaut mieux les donner à l'exclusion de tout autre remède. Cependant les nitrites d'amyle et de sodium peuvent être donnés comme auxiliaires de la glonoïne, et le bichlorure de mercure comme synergique du chlorure d'or et de sodium. Si au bout de trois ou quatre semaines de cette médication, le sujet n'en éprouve aucun soulagement, il faut avoir recours à d'autres moyens.

Luxation scapulo-humérale produite par un éternument.—Le Dr Rickert, de Baltimore, relate le cas suivant (*Maryland Medical Journal*). Un Allemand âgé de vingt-cinq ans, d'une musculature extraordinaire, était occupé à panser un cheval, quand il éprouva le besoin d'éternuer. Il cessa son travail, éleva le bras gauche au dessus de sa tête en appuyant sa main sur le mur de l'écurie, et dans cette position, se livra à un violent éternûment. Il s'ensuivit instantanément une luxation de l'humérus gauche avec engagement de la tête sous la clavicule, luxation que le Dr Rickert réduisit immédiatement à l'aide du chloroforme —Ce fait nous remet en mémoire un autre qui nous a été raconté par le Dr A. Malherbe et qui s'est passé, il y a quelques années, dans le service du Dr R. Anger, à l'hôpital Saint-Antoine Un épileptique entra, porteur d'une luxation scapulo humérale. Au cours des manœuvres de réduction, alors que plusieurs tentatives infructueuses avaient déjà été faites, le patient fut pris d'une attaque. Lorsque, après la cessation de l'abcès, on voulut s'occuper de nouveau de l'épaule, on s'aperçut que la luxation était réduite.—*Gazette méd. de Nantes.*

Eczéma infantile. — Duhring recommande, contre l'eczéma des enfants, un onguent renfermant cinq grains d'iodure de plomb pour une drachme de vaseline.—*Columbus Medical Journal.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Tuberculose chez les vieillards.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au No 29 de la salle Saint-Adélaïde est couchée une femme qui est entrée il y a quatre jours. Depuis ce temps elle est restée dans son lit. Elle tousse légèrement et a un peu de fièvre. Quand on l'examine, on trouve des différences dans l'intensité du murmure respiratoire et quelques râles. L'appétit est suffisant et il n'y a pas de diarrhée. Elle assure n'être malade que depuis deux mois et affirme n'avoir jamais craché de sang. Elle semble, en un mot, ne pas être malade, et cependant cette femme est tuberculeuse.

Ce n'est pas toutefois sans une certaine attention qu'on arrive à ce diagnostic. En effet, à part une sénilité anticipée, l'état général de cette malade n'offre rien de particulier, et cet aspect bénin ne change de face que lorsqu'on examine la poitrine. Si vous faites asseoir la malade et que vous percutiez son thorax, vous constatez que la sonorité est normale en arrière et en bas, tandis qu'en haut, il y a une différence entre le côté droit et le sommet gauche. Cette modification de timbre n'est pas suffisante pour savoir quel est le côté malade. Il faut donc pousser plus loin ses investigations et avoir recours à l'auscultation. On constate alors que le murmure respiratoire est normal à gauche, tandis que du côté où la sonorité est diminuée on a une respiration rude et des râles sous-crépitants. Ces signes, qui n'existent que de ce côté et rien qu'au sommet, sont suffisants pour établir le diagnostic. L'auscultation ne nous fournit aucun signe, mais le siège particulier et la coïncidence avec une diminution de la sonorité nous indiquent qu'il y a là induration du sommet avec bronchite. Nous sommes donc conduits à dire que cette femme est tuberculeuse et que la maladie est sur les limites du premier au deuxième degré. Cette affection est lente et insidieuse. Rien ne la fait pressentir. Vous voyez cependant qu'on arrive à un diagnostic précis. Ce qui pouvait amener des hésitations, c'est que l'affection étant médiocre se compliquait de bronchite et de lésions anciennes. Ce qui compliquait ce diagnostic c'est que son état d'affaissement ne ressemble pas à celui des turberculeux ordinaires. Quant à l'état de flaccidité des chairs, il paraît plutôt se rapporter à la sénilité.

Voilà la forme que la tuberculose affecte chez les vieillards. Or, dans ces conditions d'âge, la phthisie est une maladie dont le diagnostic est très difficile. Il est meme si difficile qu'elle échappait autrefois à l'esprit et qu'on prétendait qu'elle était rare. Laennec réagit contre cette opinion et prétendit le contraire. Aujourd'hui, quoiqu'on soit revenu sur cette opinion, la tuberculose reste néanmoins une affection assez fréquente chez les vieillards. Les statistiques, comme celle de Philadelphie par exemple, le prouvent suffisamment. Vous savez du reste que c'est entre 20 et 30 ans qu'on rencontre le plus grand nombre de phthisiques et, qu'à partir de cette époque, la tuberculose va en décroissant. On trouve, en effet, entre dix et cinquante ans les

cinq sixièmes des tuberculeux et entre cinquante et quatre-vingt-dix le dernier sixième. Doit-on en conclure que la tuberculose est rare dans cette deuxième période ? Non, si l'on se rappelle que la population est moins dense entre cinquante et quatre-vingt-dix ans que dans la première période. Le chiffre du sixième peut alors être porté à un tiers, si l'on admet que la première période contient la moitié plus de monde que la deuxième.

Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet, mais je tenais à vous faire remarquer que la phthisie existe dans la vieillesse et queson diagnostic est difficile. Passons maintenant à l'anatomie pathologique. Les tubercules sont crétacés et n'offrent rien de spécial. L'emphysème est une lésion que l'on rencontre assez souvent. Il est toujours généralisé et diffère en cela de celui de l'adulte qui est localisé. Dans les bronches, dans le larynx, les lésions sont les mêmes que chez la jeunesse. La phthisie laryngée, qu'il ne faut pas confondre avec l'ossification des cartilages du larynx, est assez rare. Les accidents abdominaux et les péritonites ne sont pas fréquents. La prédominance est plus constante au poumon et, si cela est vrai en ce qui concerne la phthisie commune, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la tuberculose granuleuse. Dans ce cas, la tuberculose se généralise presque comme chez l'adulte. On a des exemples de granulations ayant envahi les plèvres, les méninges. Lorsque j'étais médecin des Ménages, j'ai eu l'occasion de faire une autopsie de vieillard atteint de granulations. Elles occupaient le poumon, les plèvres, les méninges et même les os.

Voilà donc une maladie qui ressemble à celle des adultes, mais il n'en est pas de même dans la tuberculose aiguë. La forme typhoïde ne se rencontre pas et, quand elle survient, elle se présente sous trois aspects. Tantôt ce sont les phénomènes bronchiques qui prédominent; tantôt ce sont les accidents cérébro-spinaux et quelquefois c'est l'adynamie, Les malades vont alors en s'affaiblissant de plus en plus et meurent épuisés. Quand à la tuberculose miliaire non fébrile, elle n'est pas bien rare chez le vieillard. Il arrive souvent qu'en faisant l'autopsie d'un homme âgé qui vient de succomber à une affection aiguë, on trouve des granulations. On en rencontre aussi chez les adultes. Vous en avez vu ici un exemple sur lequel je n'insisterai pas, parce que je veux concentrer toute votre attention sur la phthisie commune.

Parmi ses symptômes, il faut noter l'hémoptysie, qui est quelquefois très abondante. Durand-Fardel a été témoin d'une hémoptysie foudroyante à l'âge de soixante-quinze ans. On trouve, en remontant plus loin, quelques cas du même genre. Le fait est possible, mais il n'est pas fréquent. La fièvre paraît peu accentuée, parce qu'on ne la cherche pas toujours avec une attention suffisante, la répartition de la chaleur ne se faisant pas aussi bien que chez l'adulte. Beaucoup de ces vieillards ont des signes très légers qui décèlent un commencement de tuberculose au milieu de signes qui proviennent, ou d'une affection antérieure, ou d'une maladie existant en ce moment. Ainsi, la matité peut être masquée par l'emphysème, et elle le peut d'autant mieux que l'état congestif semble être moins avancé.

Vous savez que ce que nous diagnostiquons ce ne sont pas les tubercules, mais l'état congestif qui les accompagne, état congestif qui donne lieu à la matité et à la rudesse de la respiration. Voilà comment se fait le diagnostic du premier degré ; et cela est si vrai, qu'il n'y a pas

d'amaigrissement et qu'on ne peut pas bien prendre la température axillaire. C'est pour cette raison que, dans certains services, on prend la température rectale, qui a l'inconvénient de ne pas pouvoir être comparée avec la précédente. La fréquence du pouls a encore moins de valeur que chez l'adulte. Les transpirations sont aussi moins abondantes.

Voilà les éléments du diagnostic accompagnés de l'exploration physique. Il est bien rare de voir les signes disparaître, non pas que les tubercules soient partis, mais parce que l'état congestif a laissé la respiration se faire. La sonorité peut être modifiée par des lésions existant en dehors des tubercules. Il en est de même des bruits respiratoires. Le catarrhe bronchique vient se joindre aux signes de la tuberculose. Il peut exister dans toute la poitrine. On ne trouve alors que dans un endroit des phénomènes graves. C'est du reste ce que, de plus, vous avez vu chez notre malade. Nous avons été obligés de revenir plus souvent auprès d'elle. Voilà les grandes raisons qui font que le diagnostic est difficile chez les vieillards. Elles sont cependant relatives et on parvient à s'en rendre maître.

Je n'ai pas de règles spéciales à vous donner et je me contenterai de vous parler des maladies avec lesquelles la tuberculose peut être confondue. Elles sont plus nombreuses que chez l'adulte. Le catarrhe bronchique est presque de règle. Ce qui permet d'établir le diagnostic, c'est la localisation du sommet et l'état général qui est lui-même un moyen bien médiocre. Les dilatations bronchiques entraînent des crachats abondants et une espèce de fièvre qui ressemble à celle des tuberculeux. L'erreur est difficile, les tubercules siégeant au sommet et les dilatations dans la partie moyenne et inférieure de la poitrine. Il ne faut cependant pas croire que ce soit là une donnée absolue. Sans doute, les tubercules sont presque toujours limités au sommet et les dilatations bronchiques n'y siègent pas ; mais il y a des exemples où les tubercules ont été trouvés dans la partie moyenne et inférieure de la poitrine et les dilatations bronchiques au sommet. Nous avons un autre élément, c'est la recherche, dans les crachats, des bacilles qui se rencontrent chez les tuberculeux. Ce n'est pas très facile, vu l'abondance de la sécrétion, mais une fois averti, ils valent la peine qu'on y mette de la persévérance. Leur présence affirme nettement l'existence de la tuberculose, mais leur absence ne pourra que rendre probable sa négation.

A côté de ces maladies, reste la pneumonie chronique qui ne nous embarrassera pas souvent. L'étendue de la matité et le souffle sont trop caractéristiques. Quant à l'apoplexie pulmonaire, elle se révèle par l'hémoptysie, siège à la partie moyenne ou inférieure et survient à la suite des maladies du cœur. Il reste une seule maladie, c'est le cancer du poumon. Cette affection secondaire est si rare et a des signes si objectifs qu'il vaut mieux ne pas en parler.

Passons maintenant au pronostic. La phthisie est peu rapide et n'est pas très différente du catarrhe. Un vieillard atteint du catarrhe court à peu près le même danger que celui qui a des excavations tuberculeuses. Ce dernier souvent vivra peut-être plus longtemps que le premier.

Quant au traitement, il ne présente pas de particularités bien spéciales. On est conduit à employer moins souvent les ventouses, la con-

gestion étant moins intense. D'un autre côté, on trouve beaucoup moins ce tempérament lymphatique où toute la préoccupation du médecin est de relever les forces. Un veillard a beaucoup moins d'intérêt à se déplacer. Il faut le maintenir chez lui, il ne faut pas lui faire aller chercher un air fortifiant. La thérapeutique est donc un peu différente. Il en est de même pour ces différents moyens de surexciter la nutrition qu'on emploie chez l'adulte. Dans la vieillesse, il y a peu d'intérêt à agir ainsi. Les voies digestives ne pourront plus assimiler les aliments à l'organisme. L'alimentation est souvent entravée par la denture. Beaucoup de veillards ne peuvent plus mastiquer, quelques uns ont une quinte de toux, avalent le bol alimentaire qui n'est pas mastiqué et meurent subitement. Il y a donc une surveillance spéciale à apporter dans la nutrition. D'un autre côté, si l'on n'a pas à surexciter l'appétit, il y a à favoriser l'absorption des aliments. Deux médicaments, le tannin et le quinquina d'une part et l'arsenic d'autre part, rendent ce service. Enfin, il ne faut pas oublier l'état catarrhal, qui est quelquefois plus grave que les tubercules et qui nécessite l'emploi de médicaments que vous connaissez, mais qui ne sont pas toujours faciles à employer. Ce sont les expectorants d'une part et les balsamiques d'autre part. C'est ici que le soufre, le tolu, le goudron et l'acide phénique rendent des services. Il y a lieu d'associer les uns et les autres, ce qui a du reste été fait dans les pilules de Morton.

En résumé, vous voyez que cette maladie diffère de celle de l'adulte, que son diagnostic n'est pas toujours aussi facile et qu'on est, dans certains cas, obligé de modifier la thérapeutique.—*Praticien.*

Variations et disparition des bruits de souffle cardiaques.—A la suite d'une étude sur les variations et changements que l'on observe si fréquemment dans le cas de certains bruits de souffle liés à des maladies organiques bien définies, le Dr E. Hyla Greeves en vient aux conclusions suivantes : 1° Quoique les bruits de souffle soient rangés au nombre des signes physiques les plus constants des maladies organiques du cœur, cependant, leur présence n'indique pas nécessairement l'existence de lésions incurables ; de même leur absence ne do pas faire conclure à la non-existence de ces lésions. Quand donc il s'agit d'établir le diagnostic et le pronostic d'un cas quelconque, il ne faut pas attacher trop d'importance à la présence ou à l'absence des bruits de souffle, mais on doit aussi examiner sérieusement les autres symptômes, car souvent eux seuls pourront nous mettre en demeure de faire un diagnostic certain. 2° Le murmure présystolique dans le rétrécissement mitral, le plus typique de tous les bruits de souffle, disparait quelquefois, la lésion restant toujours la même.

Les souffles siégeant à la mitrale, au premier temps (insuffisance), s'ils sont dus à un simple relâchement des fibres musculaires et à la dilatation des cavités et orifices, comme cela se voit dans la chlorose et les fièvres, disparaissent presque toujours tout à fait sous l'action d'un traitement approprié. 3° L'insuffisance tricuspide n'est parfois qu'un accident passager, dû à la bronchite, et disparaissant quand la cause est enlevée, ce qui est indiqué, du reste, par la disparition des murmures. 4° Les souffles systoliques aortiques dus à une lésion permanente de l'orifice aortique peuvent varier d'intensité, mais ne disparaissent jamais complètement. 5° Les souffles diastoliques aortiques ont, en de

très rares occasions, disparu, mais dans ces cas, un murmure systolique persiste toujours, indiquant une lésion à la valvule sigmoïde. 6°. Les souffles systoliques pulmonaires sont permanents quand ils sont dus à une lésion organique. S'ils ne sont pas de nature organique, ils peuvent disparaître pour un temps ou pour toujours.—*Western Lancet.*

Impuissance associée à l'emphysème pulmonaire.—Extrait d'une clinique du professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*

En examinant, même superficiellement, ce malade, vous pouvez établir un diagnostic. Vous voyez que le côté gauche de la poitrine est manifestement plus gros que le côté droit, mais aussi, que toute la cage thoracique est proéminente et présente la forme d'un tonnéau. Cela indique un état particulier du poumon, qui se montre dans les premières années de la vie et dans lequel le poumon, en augmentant de volume, amène aussi une augmentation de volume du thorax, car alors, celui-ci n'a pas encore atteint son plein développement, et les tissus qui entrent dans la composition de ses parois sont encore trop mous. Dans ces circonstances, les changements de volume des poumons peuvent se traduire par des altérations correspondantes dans les dimensions de la poitrine. D'un autre côté, c'est une erreur de croire que, parceque la région de la poitrine correspondant au cœur fait voussure, cela soit dû à une hypertrophie cardiaque. Cette voussure est produite par le cœur, mais elle n'est pas due à une augmentation de volume de cet organe .

Ce malade rapporte le début de sa maladie à l'époque de sa troisième année. A cet âge, le libre jeu d'un organe tel que le cœur exercerait sans doute une certaine action sur des parois encore molles. Mais ici, à quoi rapporterons-nous l'augmentation de volume de toute la poitrine ? Vous allez me répondre immédiatement : à l'emphysème pulmonaire.

Ce malade, en effet, a toujours, depuis l'âge de trois ans, eu de la gêne de la respiration avec quelques attaques occasionnelles d'asthme. Il a trouvé un moyen de se procurer du soulagement, et comme ce moyen peut vous être utile, je vais vous en parler. Il a découvert que les feuilles de stramonium, plongées dans une solution concentrée de nitrate de potasse, puis roulées en cigarettes et fumées, lui procurent un soulagement complet. Un mélange est souvent plus efficace qu'un remède seul. Un mélange de grindelia, de stramonium, de tabac, de belladone, de jusquiame et autres médicaments de cette classe, plongé dans une solution de salpêtre, puis roulé en cigarettes et fumé, rend souvent les plus grands services dans ces cas. On peut s'en servir *pro re natâ.*

Telles sont les particularités relatives à l'état du poumon ; mais le malade m'a aussi consulté pour autre chose. Il a quarante ans, et est marié. Cependant il éprouve des pertes séminales involontaires durant la nuit, et quand il va à la garde-robe, principalement lorsqu'il fait quelques efforts de défécation, il se produit ce que le malade appelle un écoulement de sperme ; de plus, durant le coït, l'éjaculation se fait beaucoup trop tôt. Comme conséquence de tout cela, il y a une diminution marquée du pouvoir sexuel.

Si nous allions étudier ce cas sans examiner aussi les conditions générales dans lesquelles se trouve le sujet, nous commettrions, je crois,

une grave erreur. Voici en effet un homme qui, depuis plus de trente ans, souffre d'emphysème pulmonaire et de troubles circulatoires. Dans l'emphysème il se produit plus ou moins d'atrophie et de dégénérescence des capillaires du poumon; alors le cœur droit s'hypertrophie et le sang s'accumule dans le système veineux, le système artériel étant plus ou moins ischémié. Quel rapport peut-il y avoir, demanderez-vous, entre ce trouble de la circulation et celui de l'appareil sexuel? L'importance de ce qui précède est considérable quand nous en venons à songer aux médicaments qu'il faut employer, car le trouble sexuel ne pourra disparaître qu'en autant que la gêne circulatoire sera enlevée.

L'érection, vous le savez, consiste dans l'accumulation du sang dans un certain ordre de vaisseaux, et elle ne se maintient que grâce à un appareil particulier qui fait que le sang qui remplit ainsi les corps caverneux se trouve complètement isolé de la circulation générale. Sans cette disposition particulière, l'érection serait imparfaite et transitoire, et le pénis ne pourrait s'acquitter de ses fonctions. Or, il est clair que dans le cas actuel le trouble circulatoire contribue à augmenter le trouble sexuel. D'abord il empêche la réplétion des vaisseaux de la verge, et ensuite, il s'oppose à ce que ces mêmes vaisseaux puissent rester gorgés de sang; c'est ce relâchement de l'appareil génital qui est le point de départ des symptômes observés.

Examinons un peu plus en détail ce trouble sexuel. Comme je l'ai déjà dit, dès lors qu'il se produit la plus légère excitation génitale, le malade éprouve ce qu'il appelle un écoulement de sperme. L'écoulement qui se produit en de telles circonstances n'est composé que de mucus, ni plus ni moins. Les vésicules séminales sont les organes dans lesquels s'emmagasine le surplus du sperme. Celui-ci se trouve très dilué par les sécrétions muqueuses des vésicules séminales, de la prostate et autres glandes annexes. Or ce que l'on suppose être un écoulement *séminal* durant une excitation génésique n'est que l'excès de la sécrétion *muqueuse* des parties ci-haut mentionnées. Cette sécrétion peut contenir quelques-uns des éléments du sperme, mais je l'ai examinée à plusieurs reprises, et je suis fermement convaincu qu'elle se compose à peu près exclusivement de mucus. Je me plais à insister sur ce point parce que ces cas sont aussi nombreux qu'ennuyeux. Les malades demandent du soulagement, et ce soulagement ils sont bien décidés à l'obtenir, par quelque moyen que ce soit. S'ils ne sont pas traités d'une manière convenable, ils vont de médecin en médecin, pour tomber finalement entre les mains de quelque charlatan qui les tond sans pitié.

Même en l'absence de tout autre motif, nous devons à la charité de faire tout ce que nous pouvons pour ces patients qui, en réalité, sont des plus malheureux.

Voilà pour la maladie qui nous occupe. Nous avons ici à combattre un état particulier de l'appareil génital, consécutif à certains troubles circulatoires. Cet état consiste dans le fait que la réplétion sanguine du tissu érectile du pénis se fait mal, le sang sortant des corps caverneux aussitôt qu'il y est entré, ce qui joint au relâchement des vésicules séminales ainsi qu'à l'irritabilité de la prostate et des autres glandes, donne lieu à une hypercrinie muqueuse sous l'effet de la moindre excitation.

Quelle médication allons-nous employer? Dans un cas semblable il

faut faire usage de remèdes qui augmenteront la tonicité des vaisseaux du tissu érectile et feront que ceux-ci pourront et se gorger de sang, et rester ainsi gorgés tout le temps nécessaire. Quels médicaments atteindront cet objet en même temps qu'ils s'adresseront aux troubles que nous avons constatés du côté du cœur et des poumons? Nous en avons deux qui seront très utiles ici : l'ergot et la digitale. Je vais prescrire une pilule renfermant trois grains d'extrait aqueux d'ergot et un grain de poudre de digitale, à prendre trois fois par jour ; en même temps un faible courant faradique devra être appliqué directement sur les parties génitales. Une erreur que l'on commet souvent dans l'emploi de la faradisation c'est que l'on se sert d'un courant trop énergique. Le courant devra être précisément assez fort pour que le malade le puisse sentir.

Les douches chaudes et froides sur la colonne vertébrale rendent également service. Un courant d'eau froide est dirigé sur la région spinale et immédiatement suivi d'un courant d'eau aussi chaude que la malade peut l'endurer. Ni la douche chaude ni la douche froide ne peuvent produire de bons effets si on les applique isolément; c'est dans l'alternative du chaud et du froid que gît l'action thérapeutique. Il ne faut pas, en ce cas, oublier de veiller à l'hygiène du malade.—*College and Clinical Record.*

Des douleurs de jambes chez les alcooliques.—Le Dr J. Clifford ALLBUTT dit que ces douleurs sont si caractéristiques et se rencontrent si fréquemment, qu'il est tout surpris de voir combien peu on y attache d'importance. Il ajoute : ces douleurs se montrent plus souvent chez la femme que chez l'homme ; elles siègent dans la région tibiale, mais on les constate souvent aussi à la cheville et aux pieds. Très fréquemment elles sont associées à de l'hyperesthésie cutanée. J'ai diagnostiqué plus d'un cas d'ivrognerie secrète par la seule présence de ces douleurs. De fait, quand une femme se plaint de douleurs intenses dans les jambes, au-dessous des genoux, douleurs se montrant surtout la nuit et aussi fortes que celles qui accompagneraient la périostite syphilitique, qu'elle supporte difficilement une manipulation un peu rude de ces membres, qu'elle se couche avec les jambes dans l'adduction et l'extension et le pied étendu, comme dans la sclérose latérale, mais sans rigidité permanente; quand enfin, pour expliquer le tout, on ne peut découvrir aucune cause appréciable, que les tibias sont lisses et qu'il n'y a pas d'autre signe de maladie de la moëlle qu'un peu de tremblement siégeant au coude pied, alors j'en conclus sans beaucoup d'hésitation que l'alcool est la cause de ces accidents. L'abstinence totale des liqueurs spiritueuses est le seul moyen de guérison.—*Brit. Med. Journal.*

Fatigue cérébrale comme signe de la paralysie générale.—M. le Dr SIZARET insiste sur l'importance de la fatigue cérébrale rapidement provoquée comme signe de la paralysie générale. Les symptômes de cette affection, dit-il dans un article de la *Revue médicale de l'Est*, sont nombreux, faciles à constater, et généralement suffisants pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature de la maladie. Il arrive cependant qu'au début de la première période, ou pendant une rémission, le médecin éprouve parfois quelque difficulté à formuler un dia-

gnostic d'une gravité aussi exceptionnelle. Il n'y a alors ni embarras de la parole, ni tremblement de la langue ou des lèvres, ni inégalité pupillaire, ni délire, mais seulement un certain degré d'excitation maniaque, d'exaltation du sentiment de la personnalité, quelques actes dénotant une lésion du sens moral, un changement dans le caractère et les mœurs, mais en somme, pas de symptôme qui ne puisse se rencontrer dans quelque autre maladie mentale; le diagnostic est alors ou suspendu ou basé sur le coup d'œil médical acquis par l'expérience.

Dans les cas de ce genre, M. Sizaret considère la fatigue cérébrale rapidement provoquée comme caractérisque de la paralysie générale. Par suite, en effet, de la parésie cérébrale qui existe toujours dès le début de cette affection, tout travail intellectuel suivi, quelque simple qu'il soit, devient impossible au bout de quelques instants. Pour s'en assurer, il suffit d'inviter le sujet à compter de 1 jusqu'à 100, 200, etc. S'il obéit, ce que les paralytiques font en général avec empressement, on le voit bientôt commettre erreur sur erreur, sauter des unités, des dizaines, des centaines, le tout *sans s'en apercevoir*, et finir par un véritable galimatias.

Certains malades peuvent encore, dans le principe, compter jusqu'à 300 sans se tromper, mais la plupart du temps ils ne peuvent dépasser 100 ou 200 et quelquefois beaucoup moins; le chemin qu'ils parcourent ainsi sans erreur est comme le dynamomètre de ce qui leur reste de force cérébrale. En même temps que la fatigue mentale se manifeste ainsi chez eux, on voit également l'embarras de la parole, le tremblement de la langue, des lèvres, des joues, se produire d'une manière évidente.

Ces deux signes, erreurs en comptant et embarras de la parole, survenant rapidement par suite d'un léger travail cérébral imposé, paraissent constituer un élément précieux de diagnostic dans la première période de la paralysie générale.—*Abeille médicale.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique.—Extrait d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker. (1)—Voyez tout d'abord ce qui se passe dès qu'il existe de la cystite. Cette vessie, que nous avons trouvée si indifférente au contact de l'urine, des instruments du cathétérisme et même des calculs, se montre alors d'une intolérance remarquable même à l'égard de l'urine. Elle se révolte à chaque instant pour en provoquer l'expulsion. Il n'est pas rare de rencontrer des malades qui urinent cinq ou six fois par heure, quelquefois même toutes les cinq minutes.

Toutefois, ce n'est pas la seule sensibilité au contact qui détermine cette fréquence des mictions; c'est aussi une exquise sensibilité à la distension. Pour la vessie malade, en effet, la distension commence bien longtemps avant que les limites normales de son expansion soient atteintes.

Il n'en est pas moins certain que la vessie enflammée devient aussi très douloureuse au simple contact. L'exploration à l'aide des instru-

(1) *Suite et fin.*—Voir la livraison d'avril.

ments métalliques, au lieu d'être à peu près indolente, devient très pénible et ne saurait être longtemps prolongée. Mais, pour sensible que soit au contact la vessie malade, elle l'est infiniment plus encore à la distension.

Je ne puis mieux vous en donner la démonstration qu'en vous rappelant ce que vous pouvez facilement constater à chacune des opérations de lithotritie dont vous êtes témoins. Dans la première partie de l'opération, le malade étant chloroformé, vous me voyez procéder au broiement de la pierre et aller à la recherche des fragments dans le bas-fond, dans les plis de la muqueuse, quelquefois même dans des cellules vésicales. Pendant ces manœuvres, les contacts sont réitérés, incessants. Cependant le malade ne témoigne par aucun signe appréciable de la doulenr qu'il ressent. C'est qu'il est endormi, me direz-vous. Mais voyez ce qui survient dès que le broiement est terminé et que je pratique le lavage de la vessie. Le sommeil est le même, et néanmoins l'injection du liquide provoque des plaintes, quelquefois des mouvements des membres et surtout des contractions vésicales. Il en est de même pendant l'aspiration de fragments, au moment où, par la pression, je fais brusquement pénétrer dans la vessie le contenu de la poire en caoutchouc.

La distension est donc assez douloureuse pour être vivement ressentie même pendant le sommeil chloroformique, alors que l'action du cerveau et de la moelle paraît suspendue et que le bulbe seul fonctionne encore.

Si vous n'oubliez pas que cette douleur s'accompagne toujours de congestion, vous serez spontanément amenés à déduire des notions qui précèdent des applications pratiques de la plus haute importance.

Vous savez que j'ai conservé l'habitude de préparer les calculeux à la lithotritie suivant les préceptes de Civiale, en pratiquant la dilatation préalable du canal, de manière à diminuer sa susceptibilité et à faciliter l'introduction des instruments métalliques. Après avoir ainsi préparé l'urèthre, on pourrait avoir également l'idée de préparer la vessie par des moyens analogues, c'est-à-dire par des injections. Si l'on parvenait à la rendre plus tolérante, moins contractile, peut-être faciliterait-on l'opération en diminuant les difficultés des diverses manœuvres et de la recherche des fragments dans une vessie contractée. Malheureusement, lorsqu'on veut étendre à cet organe la préparation nécessaire pour le canal, on voit assez souvent éclater soit du côté de la vessie, soit du côté des reins, des accidents graves de nature inflammatoire, qui, une fois nés, se perpétuent. C'est ainsi qu'on a vu des calculeux très habilement conduits jusqu'à la veille de l'opération devenir à jamais inopérables par la lithotritie, ou du moins être reculés de plusieurs mois, pour avoir été soumis à une séance unique de préparation de la vessie.

Les complications très sérieuses qui surviennent dans ces conditions sont le fait pur et simple de la distension ; vous arriveriez au même résultat en faisant usage de préparations émollientes, narcotiques ou astringentes, quelques soient, en un mot, les qualités du liquide auquel vous auriez recours.

C'est la crainte de provoquer des accidents du même ordre, c'est-à-dire un redoublement des phénomènes inflammatoires, qui m'engage à m'abstenir de toute intervention directe sur la vessie, à la suite de

certaines opérations, notamment de la lithotritie. Quelques malades, qui avaient déjà de la cystite avant l'opération, ont encore, après elle, des urines tellement sales, boueuses, ammoniacales qu'il semble tout naturel de pratiquer des lavages afin de soustraire la muqueuse au contact toujours irritant de ses produits de sécrétion. Vous ne me voyez cependant y recourir que très rarement. L'expérience m'a appris qu'il fallait être, dans ces conditions, très sobre de toute action directe sur la vessie. C'est pourquoi je me borne le plus souvent à une médication indirecte, prescrivant des cataplasmes et des lavements laudanisés ou bien des potions calmantes, des piqûres de morphine. De même, vous savez que je préconise l'intervention précoce, pour peu que la vessie se vide imparfaitement.

J'ajouterai que, plus les phénomènes douloureux seront accusés, moins il sera permis d'instituer un traitement qui mette en jeu, si peu que ce soit, la dilatabilité de la vessie, alors même que vous n'iriez pas jusqu'à la distension. Si vous vouliez passer outre, vous provoqueriez presque sûrement une recrudescence de la cystite qui deviendrait suraiguë, et vous iriez au-devant de poussées inflammatoires du côté des reins déjà plus ou moins menacés.

Il est bien des cas cependant où la pratique a démontré qu'il ne fallait pas reculer sans cesse devant les cystites aiguës et douloureuses, sous peine de les voir s'éterniser. Il en est qui réclament une intervention directe, et parmi celles-là je vous citerai surtout les cystites blennorhagiques. Mais il faut alors savoir atteindre la muqueuse sans provoquer la moindre distension. C'est pour cette raison que vous m'avez vu bien des fois pratiquer non pas des injections, mais des instillations, ne laissant tomber à l'entrée du col qu'un nombre limité de gouttes de la solution médicamenteuse.

Si toutefois les phénomènes inflammatoires sont moins aigus, si la douleur est moins vive, il est permis de ne pas s'en tenir aux instillations, surtout quand il s'agit d'un état inflammatoire franchement chronique avec produits de sécrétion très abondants. Mais, si vous avez recours aux lavages, vous mettrez toujours tous vos soins à éviter de distendre la vessie. J'ai eu l'occasion d'écrire dans mes *Leçons cliniques* que la vessie n'était jamais indifférente aux injections. Des auteurs de grande expérience, et Thompson en particulier, recommandent de n'introduire à la fois dans la vessie que de très petites quantités de liquide, 60 grammes environ. J'ai insisté sur l'utilité de ces petites doses répétées, doucement poussées, et comparé le lavage de la vessie à celui de la bouche. Ces préceptes pratiques trouvent leur application dans l'étude que nous faisons ici. Les inconvénients et les dangers de la distension thérapeutique d'une vessie malade sont mis, je crois, bien en lumière par les faits que je vous expose.

Je ne vous ai cependant pas dit encore toutes les conséquences fâcheuses que peut amener la distension. Elle joue dans toute la pathologie urinaire un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne le pense en général. Vous verrez, par exemple, des cystites aiguës se développer sur des individus jeunes et bien portants du reste, sans qu'il soit possible d'invoquer aucune autre cause qu'un retard prolongé dans la miction.

De même, sur les prostatiques, vous aurez souvent l'occasion de voir des rétentions complètes et des poussées de cystite survenir sous la

seule influence de la distension. Dans le cours d'nn dîner prolongé ou d'une visite de cérémonie ou dans toute autre circonstance, ils auront dû résister plus longtemps que d'habitude au besoin d'uriner. Il n'en a pas fallu davantage pour provoquer de la congestion, qui elle-même a bientôt déterminé une rétention complète ou partielle. Tel est dans un très grand nombre de cas de point de départ des accidents aigus qui surviennent chez les prostatiques.

Ainsi, messieurs, par diverses considérations empruntées à la physiologie et à la clinique, non seulement je vous ai montré que la distension pouvait entraîner des accidents graves, mais de plus je vous ai fait comprendre son mode d'action.

Cependant une objection a dû naturellement se présenter à votre esprit. Vous savez déjà trop combien s'installe insidieusement la rétention d'urine incomplète par le fait de l'hypertrophie prostatique, pour ne pas être tentés d'y voir un grand fait clinique en opposition formelle avec les opinions que je viens d'émettre. C'est en effet un point important de physiologie pathologique sur lequel il m'est nécessaire de revenir.

Il est vrai que toute une catégorie de malades s'habitue à la distension à tel point qu'il est difficile de retrouver dans leurs antécédents la date exacte du début de la maladie. Souvent elle passe complètement inaperçue. Les premiers troubles, en effet, passent très généralement inaperçus. Ils se bornent souvent à une fréquence de la miction dont le malade s'inquiète peu ou à des troubles digestifs qui détournent l'attention.

Après tout ce que je vous ai dit de la douleur si remarquable causée par la distension, vous avez le droit de me demander comment ces lésions peuvent se constituer insidieusement et presqu'à l'insu du malade.

C'est qu'il faut établir une distinction absolue entre les effets de la distension aiguë, rapide et de la distension lente progressive. A la première exclusivement s'appliquent tous les développements dans lesquels je suis entré. La seconde est tout à fait différente, non seulement parce que la cause agit peu à peu, insensiblement et d'une façon continue, mais encore parce qu'elle s'observe surtout sur le vieillard et que, chez lui, la couche musculaire, plus ou moins affaiblie, plus ou moins prédisposée à la transformation granulo-graisseuse, réagit très faiblement. J'ajoute que vous retrouverez, dans une multitude d'autres phénomènes empruntés à la pathologie ou observés en dehors des choses médicales, ces effets à la fois si prononcés et si insidieux produits par une action lente, mais incessante. C'est l'histoire de la goutte qui arrive avec le temps à creuser les pierres les plus dures, et cependant la pierre a conservé toute sa résistance, tandis que la vessie l'a généralement perdue au moment où elle est soumise à la distension.

Il était bon de relever cette différence entre les formes aiguë et chronique de la distension, d'abord pour ne laisser persister aucun doute, aucune objection dans votre esprit, ensuite pour vous montrer que vous pourrez parfois, dans la pratique, en imitant cette lenteur d'action qui caractérise la forme chronique, obtenir de bons résultats et éviter de graves accidents. Vous agirez donc lentement, progressivement, soit pour dilater l'urèthre ou même la vessie au besoin, soit inversement pour ramener à leurs dimensions normales cette dernière, ainsi que

les uretères et les bassinets après qu'ils auront été longtemps soumis à une distension excessive.

Vous le voyez, messieurs, aussi bien dans sa forme aiguë que dans sa forme chronique, la distension de la vessie peut conduire aux accidents les plus sérieux. Elle est la cause provocatrice de plusieurs des affections que vous avez à étudier chaque jour, elle prépare un terrain morbide favorable à l'éclosion des accidents les plus graves. Sans doute les effets de la distension lente ont frappé tous les observateurs et n'ont pas besoin d'être aussi particulièrement soumis à votre attention. J'ai dû cependant y insister dans mes leçons cliniques, en étudiant cette forme si indisieuse, si grave et si mal connue de la rétention que j'ai appelée : rétention incomplète avec distension.

Mais, quelque soit le haut intérêt de l'étude des lésions sourdement déterminées par la distension lente progressive, quelle que soit la gravité des accidents qu'elle prépare et que le chirurgien paraît provoquer, je crois rester dans la vérité clinique en disant que son étude le cède en intérêt à celle des conséquences immédiates de la distension rapide.

Je cherche à vous bien montrer comment le phénomène douleur que produit inévitablement la distension même à l'état physiologique, a pour résultats directs et pour ainsi dire immédiats, l'état congestif. Et il ne m'a pas été difficile, en faisant appel aux enseignements fournis par l'étude des cas pathologiques, de vous démontrer de quelle façon l'inflammation succédait à la congestion. J'ai dû insister avec d'autant plus de soin que c'est encore sous l'influence du chirurgien, que peuvent se développer et les accidents congestifs et les accidents inflammatoires qui accompagnent la distension et lui succèdent. J'ai voulu vous montrer que, toutes les fois que vous aviez à agir sur la vessie, vous ne deviez pas perdre de vue ces notions, dont je ne puis trop vous faire peser l'importance. Vous y trouvez aussi bien des indications qui vous mènent à l'intervention, que des contre-indications qui vous commandent l'abstention. Vous y trouvez surtout une règle qui vous permettra d'agir sur la vessie, en toute connaissance de cause. Vous savez en effet maintenant que vous n'avez rien à craindre de la multiplication des contacts et que vous devez grandement redouter les effets de la distension.

Cela ne veut dire en aucune façon que vous aurez à rayer de votre thérapeutique les manœuvres qui ont la distension pour effet. Lorsque nous faisons les lavages et l'aspiration à la suite du broiement, nous soumettons la vessie à une série de petites distensions. Mais ces distensions successives ne sont ni poussées trop loin, ni trop longtemps prolongées. Elles sont d'ailleurs atténuées dans leurs effets douloureux par l'anesthésie. Aussi serez-vous frappés des différences réactionnelles qui succèdent à l'emploi de l'aspiration et des grands lavages avec ou sans chloroforme. Dans les cas où l'agent anesthésique n'est pas employé, vous voyez souvent survenir des accès de fièvre pour de très courtes manœuvres, alors que des séances prolongées n'avaient été suivies d'aucune réaction.

Vous avez cependant été souvent témoins des fâcheux effets de la distension, malgré l'action la plus complète du chloroforme. C'est ainsi que, si vous faites dans la vessie une injection trop abondante sous prétexte de mieux éloigner ses parois, vous solliciterez ses contractions à ce point que les manœuvres deviendront beaucoup plus

difficiles que si vous n'avez introduit qu'une petite quantité de liquide ou même que si vous opérez sans liquide.

On peut dire qu'en règle générale plus une vessie est douloureuse, moins il faut y introduire de liquide, si l'on veut y manœuvrer facilement. Cela vous prouve une fois de plus quelle différence absolue sépare les effets du contact et de la distension au point de vue des manifestations de la sensibilité. Et soyez bien sûrs que les suites de vos opérations se ressentiront de l'observance de ces règles prescrites par la physiologie normale et pathologique. Lorsque vous avez péniblement manœuvré dans une vessie dont vous aurez mal à propos sollicité les contractions par trop de distension,—le trop peut être représenté par un très petit chiffre de grammes, surtout lorsqu'il s'agit d'une vessie douloureuse, même sous le chloroforme,—vous serez exposés à des réactions que vous eussiez évitées en ne voulant pas quand même écarter les parois d'une vessie qui ne peut pas être distendue. parce qu'elle est trop douloureuse. Ayez une seringue dont le piston glisse très facilement de manière à transmettre sûrement à la main qui le pousse les plus faibles contractions de la vessie, et arrêtez-vous dès que vous percoverez la sensation d'une résistance, si minime qu'elle soit. Ainsi, vous resterez dans un juste milieu, évitant à la fois d'opérer à vide et de provoquer la moindre distension.

Les déplorables effets que peut entraîner une distension exagérée ne sauraient non plus être trop présents à votre esprit lorsque vous aurez à pratiquer une taille hypogastrique. Dans le mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, j'ai insisté sur les précautions à prendre pour ne pas forcer la vessie tout en la distendant. J'ai eu surtout en vue les vessies affaiblies dans leur structure anatomique par l'éparpillement des faisceaux musculaires.

Ce sont surtout les vessies douloureuses et *fortement musclées*, les vessies de jeunes sujets, soumises aux incessantes contractions provoquées par une douleur continue et excessive, qui peuvent le moins supporter la distension.

Ainsi donc, l'état d'extrême sensibilité contre indique non seulement toute thérapeutique ayant des injections pour agent, mais s'oppose formellement à l'emploi de la distension ayant pour objet la section hypogastrique. Si, dans des cas semblables, vous aviez à vous décider à une intervention opératoire, c'est, je n'hésite pas à le déclarer, à la section périnéale qu'il faudrait avoir recours.

C'est là une conséquence toute imprévue et cependant démontrée de l'étude que nous venons de poursuivre. Elle s'ajoute à toutes les déductions pratiques que nous a déjà permis de poser l'étude de la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état normal et pathologique. Et encore une fois, ces notions véritablement essentielles trouvent, dans ce cas malheureux, une confirmation que nous devons d'autant plus mettre en lumière que nous n'avons pas su les prévoir.—*Annales des maladies des organes génito urinaires.*

Abcès.—1° Les premières années de la vie sont celles où l'on rencontre le plus souvent les abcès. 2° Les deux sexes y sont également sujets. 3° Chez la femme, les abcès siègent plus souvent dans la partie supérieure du corps. 4° Chez l'homme, c'est la partie inférieure

qui en est le plus fréquemment atteinte. 5° Les parents de ceux qui ont eu des abcès de nature grave sont eux-mêmes (soit l'un, soit l'autre,) phthisiques ou scrofuleux. 6° La durée moyenne du traitement des abcès curables est de deux semaines. 7° Les abcès se divisent naturellement en deux classes : simples et symptomatiques. 8° Les abcès simples requièrent peu de soins ; ils tendent à se guérir spontanément. 9° Les abcès symptomatiques demandent beaucoup d'attention ; ils n'ont aucune tendance à la guérison, mais plutôt tendent à passer à l'état chronique. 10° Les abcès symptomatiques indiquent une maladie constitutionnelle affectant : *a.* le système osseux ; *b.* le système glandulaire, le tissu cellulaire ou tout autre tissu que le tissu osseux. 11° Les maladies constitutionnelles des os sont celles qui sont les moins fatales.—Dr NAIRNE, in *Glasgow Med. Journ.—Gaillard's Medical Journal.*

Extirpation des ganglions tuberculeux du cou.—*Société de chirurgie*, de Paris.—M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. Poulet. A la suite de l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou, ce chirurgien a perdu son malade par phlébite suppurée et infection purulente ; de plus une hémorrhagie secondaire avait nécessité la ligature de la carotide primitive.

M. Chauvel suggère les réflexions suivantes :

1° Au point de vue de la gravité de l'extirpation des ganglions du cou.

Malgré l'opinion de H. Larrey, on peut voir survenir assez souvent des morts à la suite de cette opération. M. Chauvel proteste en outre contre l'expression de *succès incomplets*, dont se sont servis quelques-uns. L'opération réussit ou ne réussit pas. J'ai vu faire, dit-il, un certain nombre d'extirpations des ganglions du cou ; j'en ai fait moi-même, mais ce qui m'en a détourné, c'est la facilité et la promptitude des récidives.

M. Poulet, s'appuyant sur ses recherches faites en collaboration avec M. Kiener, qui lui ont démontré la nature tuberculeuse de ces productions, est plutôt partisan de l'opération, car il admet que la guérison spontanée n'est pas le fait habituel.

Les avantages de l'extirpation sont la guérison rapide et la suppression de foyers d'infection.

Dans les ganglions au début, on pourrait, dit l'auteur, faire l'extirpation ; dans les cas où les ganglions sont nombreux, ouverts et fongueux, on devrait faire le curage et le grattage.

Ni les idées théoriques, ni les faits n'ont convaincu le rapporteur pour lequel l'hygiène et un bon traitement général, le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques, un climat sec et chaud, constituent un traitement suffisant. L'intervention pour lui se bornerait au curage et au grattage.

2° *La nature de l hémorrhagie.* L'auteur admet qu'elle est de nature septicémique. Le rapporteur ne peut mettre de côté le traumatisme par les instruments mousses qui ont pu dénuder, contusionner des vaisseaux plus ou moins importants.

3° Quelle conduite tenir en présence de semblables hémorrhagies. La conduite à tenir est celle qu'a suivie l'auteur, c'est-à-dire la ligature.

M. DESPRÈS dit que la Société de chirurgie a toujours repoussé à la

presque unanimité les opérations sur les ganglions du cou. Il passe ensuite en revue toutes les affections ganglionnaires et conclut que dans aucun cas on ne doit opérer. Il constate en outre que, malgré le pansement de Lister, on a eu une infection purulente. Il croit que la septicémie est la cause de l'hémorrhagie.

M. Desprès a enlevé trois fois des ganglions strumeux. Une fois, par suite d'une erreur de diagnostic, il avait cru à un lipôme ou à un sarcôme, alors qu'il s'agissait de ganglions caséeux de l'aisselle. Une deuxième fois, c'était pour un ganglion datant de dix-neuf ans, contre lequel tout avait échoué ; une troisième fois pour un ganglion parotidien rebelle. Toutes les fois qu'une tumeur reste stationnaire, il faut l'enlever. Les injections interstitielles ne donnent rien ou donnent des résultats déplorables.

M. Verneuil signale à M. Chauvel qu'on peut avoir des succès opératoires et des insuccès thérapeutiques, ce qu'on peut appeler des demi succès. Je n'ai eu, ajoute-il, que deux ou trois fois l'occasion, depuis trente ans que je fais de la chirurgie, de faire l'extirpation de ganglions strumeux du cou. Je partage les opinions de M. Chauvel au sujet de l'intervention active ; elle doit être très restreinte, d'autant que quand les ganglions sont petits on peut les guérir ; quand ils sont volumineux, il y en a jusque dans les médiastins. J'ajoute que si on doit intervenir, c'est de préférence à l'extirpation qu'on doit s'adresser. Mais cette extirpation n'est indiquée que quand il y a des accidents de compression. De plus., a-t-on jamais vu mourir des malades par le seul fait qu'ils avaient des ganglions au cou ?

Je n'ai pas non plus beaucoup de confiance dans le curage et le raclage, pas plus que dans l'électricité et dans les injections de teinture d'iode. Je me demande comment on peut faire du curage une opération sérieuse quand on a des ganglions dégénérés, adhérents. Le curage et le raclage ne m'ont donné que des résultats très médiocres. J'ai eu des améliorations, mais non des guérisons. Je l'ai essayé pour des foyers tuberculeux, soit des parties molles, soit osseux ; j'ai dû finir par faire l'amputation.

M. Richelot —Le traitement général n'est pas toujours suffisant pour guérir les adénites du cou ; nous en avons de nombreux exemples.

Il est une forme d'adénite, celle qu'on pourrait désigner sous le nom d'hypertrophie ganglionnaire simple, sans foyers de ramollissement ni de caséification, qui guérit très bien par les injections interstitielles de teinture d'iode. J'en ai publié un certain nombre d'observations.

On pourrait se poser une autre question à propos de la ligature de la carotide primitive ; il est dit que le malade avait un foyer de ramollissement dans le lobe gauche du cerveau. Cette lésion ne pourrait-elle pas entrer en ligne de compte parmi les causes de la mort ?

M. Trélat.—Je suis d'accord avec M. Richelot sur le point relatif à la ligature de la carotide primitive.

Il est impossible en quelques mots d'établir une classifieation entre les différents traitements à faire contre des lésions dont les causes sont multiples, depuis les adénites inflammatoires simples jusqu'à la lymphadénie et au lymphosarcome.

J'élimine les adénites imflammatoires ; mais je ne puis éliminer les lymphadénomes et les lymphosarcomes.

Restent alors les tumeurs scrofuleuses ; car je mets à part la vaste catégorie des adénites strumeuses ayant un caractère plus ou moins inflammatoire.

Ici le plus souvent un traitement général suffit ; mais il est des cas où, malgré tous les traitements, il reste de vastes tumeurs lobulées, ulcérées ou non, que ni le temps, ni les médicaments, ni le régime n'ont pu modifier.

Alors deux cas se présentent :

1° Il existe une tumeur sans ulcération, analogue à celle dont nous parlait M. Richelot ; on est autorisé à en tenter l'ablation, je l'ai faite une dizaine de fois.

2° Ou bien il existe une tumeur avec ulcération et fistule persistante avec des anfractuosités, sujette à des poussées inflammatoires et à des lymphangites. Dans ce cas, un grattage bien fait et suffisamment profond, de manière à donner une surface nette et vivante, permettra une guérison totale.

Dans les cas d'adénites inflammatoires scrofuleuses, bien souvent on devra s'abstenir.

En somme, il faut tenir compte de beaucoup de conditions. On a affaire à des scrofuleux qui peuvent guérir par un traitement général, mais dans quelques cas la lésion peut résister et on doit intervenir.

M. Trélat donne ici la lecture résumée de deux observations d'extirpation de ganglions tuberculeux. L'une a été présentée à la Société de chirurgie en 1881 ; l'autre observation a trait à un homme d'apparence robuste, opéré en mai dernier par l'extirpation et le grattage des ganglions. Guérison en un mois. M. Trélat ajoute qu'il a eu encore l'occasion d'enlever des ganglions par le curage et le grattage. Il ajoute que le curage ne constitue pas une opération irrégulière, c'est un procédé d'exérèse très régulier ; toutes les fois que des tissus mous se trouvent en contact avec des tissus durs, c'est un procédé plus commode que le bistouri.

On peut mésuser de tous les procédés, de toutes les méthodes, surtout quand ils sont réellement puissants.

M. Verneuil a circonscrit le débat aux ganglions tuberculeux. C'est d'eux seuls, en effet, qu'il s'agit.

Je répondrai en disant que le curage est et doit être un mode d'exérèse absolument total ; il est, dans quelques cas, plus commode que le bistouri.

Hier, j'ai enlevé des tumeurs ganglionnaires de l'aisselle, je me suis servi du bistouri, parce qu'il était plus commode que le curage.

Pour que le curage et le grattage soient complets, il faut les faire énergiquement.

En somme, je suis d'avis, comme M. Verneuil, qu'il faut faire une opération radicale ; la curette est un moyen d'extirpation tout comme le bistouri.

La communication de M. Després vise tout ; il nous a parlé de lymphosarcomes, d'adénites inflammatoires, etc., mais personne ne songe à enlever les ganglions enflammés.

On n'extirpe que les tumeurs tuberculeuses qui ne sont pas curables par les moyens généraux.

L'important est de faire la distinction entre les ganglions tuberculeux et les ganglions hypertrophiés. Je crois les premiers beaucoup

plus fréquents que les seconds. De mon expérience il résulte que, quand on fait le diagnostic d'hypertrophie ganglionnaire, neuf fois sur dix on se trompe; il s'agit de ganglions tuberculeux.

Au point de vue de la doctrine générale, il y a tout avantage à faire l'extirpation, et au point de vue local, il y a souvent des indications réelles d'opérer.

M. Chauvel. Des trois questions que soulevait la communication de M. Poulet, un seul point a fait l'objet de la discussion : le danger de l'intervention dans les ganglions tuberculeux du cou; de là, la nécessité de discuter la question de l'opportunité de l'intervention dans ces cas.

C'est une opération dangereuse par elle-même dans un certain nombre de cas, c'est évident.

Il ne s'agit, dans la discussion que des ganglions tuberculeux, dont la nature est démontrée par l'examen histologique et par les inoculations.

Nous devons admettre que ces ganglions guérissent seuls par l'hygiène, les traitements médicaux, le séjour dans un climat sec et chaud, car en Algérie je n'ai jamais vu d'engorgements ganglionnaires, ou très rarement du moins.

Même avec des décollements, on peut obtenir la guérison spontanée.

J'ai essayé les injections et les courants continus sans résultats.

Il y en a qui ne guérissent pas; et ce sont ces cas où l'on doit discuter l'intervention.

Il faut chercher l'origine de l'intervention dans les doctrines actuelles. Or pour être autorisé à extirper un ganglion tuberculeux, il faudrait démontrer que le germe tuberculeux peut franchir le ganglion pour aller infecter l'économie, et en second lieu que ce n'est pas un signe local d'une infection générale de l'économie, comme le chancre infectant l'est par rapport à la syphilis.

Il resterait encore à pronver que l'extirpation totale est possible.

Le Dr Riedel, sur 22 opérations, a eu 6 récidives.

Le Dr Fisher, sur 44 opérations, a eu 22 récidives.

Le Dr Koch, sur 40 opérations, a eu 19 récidives.

L'extirpation ne met pas à l'abri des atteintes de la phthisie, car Koch. sur 40 opérés, en a vu mourir 19 de phthisie.

En somme, les rapports de causalité entre les ganglions tuberculeux et la phthisie ne sont pas suffisamment démontrés pour justifier l'intervention.

Je me demande si on ne créerait pas un danger en faisant une extirpation incomplète.

M. Trélat. Je trouve un peu exagérées les conclusions de M. Chauvel. Pour les ganglions du cou, il a raison. l'extirpation peut être dangereuse; mes conclusions nettes et catégoriques s'adressent surtout aux ganglions axillaires.

La question de relation entre la phthisie et les adénites tuberculeuses est difficile à résoudre : pour mon compte, j'ai deux observations, pas très nettes encore, de phthisie développée à la suite de curage incomplet de ganglions de l'aisselle.

Quand on objecte que l'opération hâte l'apparition ou favorise l'éclosion de la phthisie, on peut répondre qu'en laissant des foyers tuberculeux on favorise aussi cette éclosion.

M. CHAUVEL. Si on admet que la phthisie pulmonaire peut être déterminée par des ganglions tuberculeux, il faut opérer de bonne heure : or les ganglions récents peuvent disparaître spontanément à la suite d'un traitement général.— *France médicale.*

Des pansements au sucre.—L'emploi du sucre en poudre est un remède populaire pour les plaies fongueuses et pour certains eczémas à sécrétion abondante. Le docteur Fischer, en Allemagne, le professeur Lucke à Strasbourg, le docteur Masse à Bordeaux, ont constaté par l'expérimentation clinique que les avantages attribués par le peuple à ce pansement sont réels et que le sucre en poudre exerce une influence heureuse sur la cicatrisation des plaies. En se dissolvant dans la suppuration, il forme à la surface de la plaie une couche sirupuse qui protège et qui, empêchant la formation des bactéries, préserve des accidents de septicémie.

Lorsqu'on pratique la suture de la plaie, on applique par-dessus la plaie un coussinet formé. soit par du sucre avec de la naphthaline ou de la poudre d'iodoforme, le tout enveloppé de gaze Ce coussinet est maintenu en place par une feuille de protective ou de gutta percha laminé, et par quelques tours de bande. La réunion par première intention semble assurée par ce mode de pansement.

Lorsqu'il y a perte de substance, le docteur Masse, à Bordeaux, fait saupoudrer la plaie trois ou quatre fois par jour avec un mélange de 1 gramme d'iodoforme et de 30 grammes de sucre porphyrisé et soigneusement tamisé. On a soin que la plaie soit recouverte à chaque pansement d'une couche assez épaisse et très uniforme du mélange pulvérulent. Par-dessus, on place une feuille de protective maintenu par une bande. Avec ce pansement, la plaie prend rapidement un bon aspect, et la cicatrisation s'opère plus vite qu'avec tout autre procédé.

En Allemagne, on associe le pansement au sucre avec la méthode par occlusion. Après avoir bien recouvert la plaie du mélange de naphthaline et de sucre, ou d'iodoforme et de sucre, on applique par-dessus ce premier pansement quelque doubles de gaze dégraissée, un morceau de gutta-percha et une bande, et on ne renouvelle le pansement que tous les dix ou quatorze jours. Les sécrétions se répandent uniformément dans la masse, et il ne se forme pas de grumeaux, pourvu que la couche ne soit pas trop mince Les sécrétions disposées à la surface de la plaie ne prennent pas de mauvaise odeur, et les résultats obtenus jusqu'à présent ont toujours été aussi satisfaisants que possible.—*British Medical Journal.*

Bubons, *injections d'acide phénique comme abortif.*—C'est en employant l'acide phénique en injection que TAYLER arrive à produire l'avortement du bubon.

Il rapporte vingt cas dans lesquels il obtint un résultat remarquable et certain. Il raconte en outre que les sept dernières années, il a traité ainsi près de cinquante cas de formes variées de lymphadénite, de cause spécifique ou non spécifique. Il a vu que les cas qui étaient opérés avant la formation du pus présentaient immédiatement un arrêt des phénomènes, et la douleur était soulagée en quelques minutes.

Cette méthode consiste à injecter de 10 à 14 gouttes d'acide phénique directement dans la glande enflammée.—*Amer. Journ. of the med.* et *Monit. thér.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la grossesse.— Clinique de M. le professeur PAJOT à l'hôpital de la Clinique.—En obstétrique, il est certaines choses qu'on ne soupçonnerait jamais, si le hasard ne nous les faisait découvrir, ainsi que je vais vous l'expliquer.

Si, à l'hôpital, vous touchez une femme parvenue au septième ou huitième mois de sa grossesse et que vous trouviez l'orifice externe du col de l'utérus complètement fermé, vous dites à cette femme: " C'est votre première grossesse, n'est-ce pas?—Non, vous répond-elle, à votre grande surprise, c'est ma seconde"; ou bien encore: C'est ma troisième." Alors de vous écrier, *in petto*, que tout ce que l'on vous a appris sur les différences qui existent entre la femme primipare et la femme multipare, est faux, quant à l'orifice externe du col. Eh bien, non! ce que l'on vous a appris n'est point faux, mais cette femme ment, et elle l'avouera, sans s'en douter, si vous savez l'interroger- En effet demandez-lui où elle ira quand elle sera accouchée, et vous l'entendrez vous répondre: "Je me placerai comme nourrice." Or, elle a menti en vous disant qu'elle en est à sa deuxième ou troisième grossesse, tandis qu'elle en est, en réalité, à sa première, parce qu'elle sait que dans les familles on préfère de beaucoup une femme qui a déjà fait une première nourriture à celle qui n'a jamais été nourrice. Voilà pourquoi elle vous a menti.

Mais voici qui est plus curieux encore peut-être. Une femme est également enceinte de sept ou huit mois, je suppose, comme la précédente. Vous la touchez et vous trouvez l'orifice externe du col largement ouvert; vous lui dites tout naturellement: "combien avez-vous eu déjà d'enfants?" "Aucun, monsieur, c'est mon premier." Alors encore une fois tout ce qu'on m'a appris sur les différences de modification du col chez la primipare et chez la multipare est faux? Non, pas davantage: c'est encore une fois aussi cette femme qui ment et pour le motif suivant,—les femmes en trouvent toujours; poursuivez votre interrogatoire et demandez aussi à cette femme ce qu'elle fera quand elle sera accouchée, et elle vous répondra: " Mes moyens ne me permettent pas d'élever mon enfant, je suis dans la misère, etc., etc." Ce qui signifie qu'elle abandonne son enfant à naître comme elle l'a déjà fait une ou plusieurs fois déjà. Or ayant honte de ses premiers abandons, elle ment pour les cacher et vous déclare ainsi en être à sa première grossesse.

Ainsi la première femme vous ment pour être nourrice, et la seconde par honte.

Donc, l'orifice externe du col est ouvert en éteignoir chez les femmes multipares; il est fermé complètement, sauf quelques exceptions, chez les primipares. Voilà ce que le toucher vous permet de constater.

Le toucher est le premier, le meilleur moyen d'exploration; par lui on apprécie encore les modifications de longueur, de position, de direction et de volume du col et du corps de l'utérus; il n'y a guère que la couleur dont le doigt ne puisse vous rendre compte. Il est encore le premier et le seul moyen qui vous fournisse ce signe d'une importance de premier ordre, le ballottement vaginal, du quatrième au sixième mois de la grossesse.

Ce signe est peut être celui qui, pendant vingt ans, m'a donné le plus de peine et le plus de fatigue pour arriver à le faire constater à mes élèves. Dans les premiers temps, le quart, le tiers à peine seulement des élèves y parvenait. Plus tard, les neuf dixièmes y sont arrivés. Pourquoi? Parce que le ballottement est une sensation. Or il n'y a pas de mot, il n'y a pas d'expression dans aucune langue qui puisse faire comprendre une sensation. Le seul moyen de la faire comprendre, c'est de faire éprouver une sensation analogue. Eh bien, le ballottement, c'est la sensation d'un corps solide, flottant, mobile dans un liquide, et le procédé pour l'éprouver est de mettre l'indicateur dans le cul-de-sac vaginal antérieur, comme P. Dubois le recommandait et comme je l'indique aussi moi-même; tandis que Velpeau, Depaul conseillaient de l'introduire dans le col lui-même; mais ici nous avons devant notre doigt toute l'épaisseur du col,alors que dans le cul-de-sac le doigt n'est séparé de la partie fœtale que par le paroi de l'utérus.

Voici du reste, la manœuvre à faire: le doigt, introduit dans le cul-de-sac, commence par une pression légère et continue, de façon à appliquer la paroi vaginale contre la paroi utérine, puis celle-ci sur les parties fœtales, jusqu'à ce que l'ensemble forme un seul tout. Quand le doigt perçoit nettement la partie fœtale, on imprime un très léger mouvement d'ascension pour chasser seulement cette partie d'un ou deux centimètres et secouer en cadence le fœtus. Vous éprouverez alors une sensation analogue à celle que vous auriez en appuyant légèrement et de la même façon le doigt sur un morceau de glace nageant dans un verre d'eau par exemple.

Ainsi le toucher est encore le premier et le seul moyen d'exploration pour constater le ballottement vaginal. J'ajoute que par le toucher, plus que par tout autre procédé, il est facile de reconnaître la partie fœtale qui se présente, 95 à 98 fois sur 100. Dans deux ou cinq cas seulement,—mettons-en cinq pour être large,—il ne vous donnera peut-être pas les renseignements que vous cherchez. C'est en pareil cas que vous avez alors, comme autres moyens, d'abord le palper, ensuite l'auscultation.

En résumé, je le répète, de tous les moyens d'exploration, le toucher est le premier et le meilleur quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie *inférieure* de l'utérus, le ballottement vaginal et de reconnaître la partie fœtale qui se présente. Voilà tout ce qu'il donne, mais il ne faut pas aller au delà, sinon le toucher passe au second rang.

Comme second moyen d'exploration, moyen qui depuis deux ou trois ans mène grand bruit, et duquel on a tiré des signes d'une valeur incontestable au point de vue des manœuvres externes à faire dans certains cas, nous avons le palper.

Le palper, en effet, est le premier moyen quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie *supérieure* de l'utérus, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus. Par lui, on peut se rendre compte des modifications de volume, de consistance, de forme, de direction et, jusqu'à un certain point, de position, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus, ces dernières surtout quand le toucher vous fait défaut.

Ainsi, je suppose que, touchant avec soin une femme enceinte, vous n'atteigniez aucune des parties que vous cherchez, que vous ne sentiez rien: le toucher passe alors au deuxième, presque au troisième rang,

et le palper, vous fournissant alors les renseignements que vous désirez, prend la première place. C'est lui qui vous permet de constater les modifications subies par l'utérus dans son volume à chaque période de grossesse. Ces modifications peuvent se résumer à la connaissance des trois points suivants : le pubis, l'ombilic et l'épigastre. En face de la partie supérieure du pubis écrivez trois mois ; un peu au-dessus de l'ombilic, marquez six mois ; enfin au niveau, voir même plutôt un peu au-desssus de l'épigastre, notez neuf mois. Il vous suffira de retenir les trois mots : pubis, ombilic et épigastre, et les trois chiffres : trois six et neuf, comme s'il s'agissait d'un appartement loué à bail. Rien n'est plus facile à se rappeler. Voilà ce que le palper vous fera connaître et aucun autre moyen d'exploration ne vous l'apprendra aussi bien.

Il vous indiquera également bien les modifications survenues dans la consistance de la partie supérieure de l'utérus. L'utérus vide est dur comme une pomme de terre crue : plein, au contraire, il devient souple et se laisse déprimer. Il vous permettra d'en apprécier la forme, sphéroïdale d'abord, puis ovoïde. Quant à la direction, 27 ou 28 fois sur 35, le palper vous montrera que l'organe est dirigé de droite à gauche et de haut en bas, le fond étant à droite et le col à gauche. Ceci me rappelle l'histoire de certain bonhomme devenu la victime des modifications survenues dans la direction de l'utérus de sa femme. Pendant les cinq ou six premières années de son mariage, il était resté sans pouvoir avoir d'enfants, grâce à la direction vicieuse du dit utérus. Un beau jour, ayant cependant su trouver la direction à prendre, sa femme devint enceinte et l'utérus subit ses modifications naturelles. Mais, après l'accouchement, au lieu de reprendre sa direction vicieuse, il prend celle de tous les utérus vides. Notre bonhomme, au bonheur duquel un seul rejeton suffisait, se garde de rechercher, dans ses rapports conjugaux, la direction qui lui a si bien réussi une fois naguère. Mais il avait compté sans la rectitude de l'organe utérin, de telle sorte que tous les ans, à sa grande surprise, sa famille s'accroissait d'un nouvel héritier !

Mais je reviens au palper qui vous servira encore à connaître la position de l'utérus, lequel subit une légère tension sur son axe, de façon à rendre un peu antérieure sa paroi latérale gauche. Cette position est très importante à savoir, notamment dans le cas d'opération césarienne.

Au point de vue des mouvements du fœtus, le palper est aussi le premier moyen d'exploration, qu'il s'agisse de mouvements actifs, ou de mouvements passifs ou communiqués. La main, appliquée sur le ventre d'une femme, peut déplacer les parties mobiles situées sous cette main ; aussi faut-il commencer par se défier de la sensation qu'on éprouve.

Un jour j'entre dans les salles d'accouchement ; Paul Dubois m'aperçoit, m'appelle, attire ma main en me disant : "Ne regardez pas", et place cette main sur le ventre d'une femme en me demandant ce que je sens. "Des parties fœtales ! lui répondis-je.—Eh bien regardez." Et je vois une femme au visage émacié, au ventre plus volumineux que celui d'une femme à terme, et, en plaçant mes deux mains sur l'abdomen, je perçois nettement une fluctuation qui ne me permettait plus de songer à une grossesse. Je cherche alors ce qui m'a trompé et je reconnais qu'il s'agit d'un kyste énorme de l'ovaire dont les parois avaient l'épaisseur de deux à trois travers de doigt. De ces parois partaient

vers l'intérieur de la tumeur de véritables stalactites fibreuses. Le tout avait une élasticité qui donnait la sensation de parties fœtales véritables. Le faitest rare, il est vrai, car je ne l'ai pas rencontré plus de trois fois dans toute ma carrière.

Enfin, la palpation permet aussi de distinguer à travers les parois abdominales les diverses parties fœtales; ainsi la tête, ainsi le dos, ainsi les membres, en un mot les grosses masses, ce qui suffit pour juger de la présentation et de la position.

En résumé, donc, le palper est le premier moyen d'exploration et le meilleur pour reconnaître les modifications de la partie supérieure de l'utérus, les mouvements et les régions du fœtus.

Il en est de même de l'auscultation, qui occupe le premier rang dans certaines recherches.—*Gazette des hôpitaux.*

Opérations chirurgicales chez la femme enceinte.—Dans une communication à la *Société américaine de gynécologie*, le Dr M. D. Mann, de Buffalo, présente les conclusions suivantes:

1° La grossesse n'est pas, autant qu'on le croit, une objection radicale aux opérations portant sur les organes du bassin. Les résultats varient cependant, suivant l'opération et suivant l'organe sur lequel on opère. 2° La réunion des surfaces dénudées est la règle, et le tissu cicatritiel formé durant les premiers mois de la grossesse est assez fort pour résister au choc du travail à terme. 3° Les opérations sur la vulve comportent très peu de danger pour la mère et pour l'enfant. 4° Les opérations pratiquées sur le vagin exposent à des hémorrhagies parfois considérables, mais c'est là tout le danger. 5° Les végétations, syphilitiques ou autres, surtout si elles sont considérables, se traitent de préférence par l'ablation, qu'elles se montrent à la vulve ou au vagin. 6° On peut en toute sécurité faire des applications de nitrate d'argent ou d'autres astringents au vagin et au col. Les poisons diffusibles, tels que l'acide phénique ou l'iode, ne doivent pas être appliqués à l'état de pureté ni en solutions concentrées. 7° Les opérations portant sur la vessie et sur l'urèthre ne sont pas dangereuses et ne provoquent pas l'avortement. 8° Les opérations sur le rectum, surtout si elles impliquent le sphincter anal, sont d'un caractère dangereux, même quand elles sont légères. 9° L'opération pour la fistule vésico-vaginale ne doit pas être faite durant la grossesse, vu les grands dangers d'avortement et d'hémorrhagies. 10° Les opérations plastiques sur le périnée et le col utérin peuvent, s'il est nécessaire, être pratiquées dans les premiers mois de la grossesse, et avec une assez grande chance de succès, les bons résultats n'en devant pas être compromis par le travail. 11° Les petits polypes du col doivent être traités de préférence par la torsion ou les astringents énergiques. Si on les coupe, il en résulte quelque danger d'avortement. 12° Les gros polypes peuvent, s'ils causent de l'hémorrhagie, être enlevés tout de suite, et cela, avec d'assez bonnes chances de succès. S'ils ne nuisent pas, leur ablation peut être retardée jusque vers la fin de la grossesse. 13° Le cancer du col, si on le diagnostique durant la grossesse, doit, si cela se peut, être enlevé immédiatement.—*Philadelphia Medical Times.*

Emploi du forceps dans les présentations du siège. — On sait que la grande majorité des accoucheurs condamnent l'application du

forceps sur le siège. Truzzi (*Annales de gynécologie*, janv. 1884.) a fait à ce sujet quatorze expériences sur le cadavre et conclut ainsi : 1° Dans les cas où les fesses sont enclavées dans la partie supérieure ou moyenne du petit bassin, et qu'il est indiqué de terminer promptement, l'application du forceps est préférable aux tractions faites sur le pli de la cuisse au moyen du doigt, d'un crochet, d'un lacet, etc., ces tractions pouvant être suivies de fracture du fémur ou de lacération des parties molles dans le triangle de Scarpa. 2° La suggestion d'Ollivier, à l'effet d'appliquer le forceps sur les cuisses et non pas sur le bassin du fœtus, est admissible en théorie mais ne l'est pas certainement en pratique. attendu qu'elle expose à une pression exagérée des parois abdominales et en particulier de la région du foie. 3° L'application du forceps sur les côtés du bassin fœtal est plus facile, plus sûre et moins dangereuse que la méthode d'Ollivier. Les tissus mous qui recouvrent les os des îles protègent ceux-ci d'une manière suffisante, de façon qu'il faudrait une pression exagérée pour léser les parties osseuses. Dans toutes les expériences de l'auteur il n'y eut ni fracture des os iliaques, ni lésion des articulations sacro-iliaque et pubienne. 4° Pour bien saisir le siège, les cuillers doivent être placées sur la crête iliaque qui devient de la sorte le point d'appui ; alors la convexité des fesses du fœtus s'adapte à la concavité des cuillers et il n'y a plus de danger de blesser les viscères abdominaux. 5° Le forceps de Porro, appliqué de la sorte, fait très bien dans les présentations antérieures. Dans les intervalles qui séparent les efforts de traction, il est bon d'exercer avec l'instrument une certaine compression. de peur que le forceps ne glisse, vu la grande résistance des os iliaques. 6° Le forceps de Porro répond à toutes les indications qui peuvent s'offrir dans un cas de présentation du siège. L'auteur est d'avis que la plupart des forceps aujourd'hui en usage sont trop grands et s'éloignent beaucoup de la simplicité de l'instrument tel qu'inventé d'abord.

Dans une communication à la *Practitioner's Society* de New-York, le professeur W. T. Lusk a rapporté (*American Practitioner*) un cas chez lequel il avait appliqué le forceps sur le siège. Il s'agissait d'une primipare de 32 ans, chez laquelle la première période ayant duré longtemps, la cessation des douleurs avait rendu une intervention nécessaire. Les fesses étaient bien en haut du détroit supérieur et les deux cuisses fléchies sur le tronc. Après avoir vainement tenté d'extraire le siège au moyen du doigt servant de crochet introduit dans le pli de l'aine, on se décida à appliquer le forceps. Une branche du forceps de Simpson fut appliquée sur le sacrum, l'autre sur la surface postérieure de la cuisse opposée. L'instrument ne glissa point ; le siège fut descendu au périnée et un enfant vivant, du poids de huit livres, fut mis au monde quinze minutes après le début de l'opération. La seule lésion causée par le forceps fut une légère érosion de la peau de l'abdomen, qui guérit promptement.

Traitement de la leucorrhée.—Dans les cas où le traitement ordinaire a échoué, M. le docteur Fruhaut a souvent réussi par la méthode suivante : il commence par désinfecter le vagin en y ajoutant une solution contenant $\frac{1}{100}$ d'acide phénique et $\frac{4}{100}$ d'acide borique. Ensuite, au moyen d'un spéculum, il y introduit trois ou quatre tampons

d'ouate de la grosseur d'une noix, chacun de ces tampons contient 10 à 20 centigrammes d'iodoforme ; il faut avoir soin de les munir d'un fil pour en opérer l'extraction. On les laisse en place deux ou trois jours, on suspend la médication autant de temps, puis on recommence ainsi jusqu'à complète guérison. S'il y a un ulcère du col de l'utérus, on le cautérise avec une solution composée de parties égales d'acide acétique et d'eau distillée. Il sera nécessaire, dans certains cas, d'avoir recours, en outre, à un traitement général dont les préparations martiales seront la base. L'auteur donne la préférence à l'eau de phosphate de fer et au lactate de fer.—*Lyon médical.*

La blennorrhagie chez la femme.—Le Dr Guenedey a fait, dans sa dissertation inaugurale, des recherches assez intéressantes sur ce sujet pour que nous signalions ses conclusions principales :

La folliculite préuréthrale aiguë peut être simple, elle peut être blennorhagique : c'est le cas le plus fréquent.

La folliculite préuréthrale chronique est toujours blennorrhagique.

Elle peut exister alors que l'urèthre est devenu sain.

Cette blennorrhagie folliculaire chronique préuréthrale est très fréquente.

Elle est souvent la cause d'erreurs de diagnostic ou, plutôt, elle passe souvent inaperçue et, dans ce cas, la blennorrhagie reste ignorée.

Elle est pourtant d'un grand secours pour le diagnostic, car l'urine ne pouvant balayer le pus des follicules, la présence de celui-ci est ordinairement facile à constater.

Parmi les follicules préuréthraux, il en est deux qui doivent particulièrement attirer l'attention, et qui doivent être nettement distingués des autres glandes préuréthrales.

Ces deux follicules décrits de nouveau, en 1864, par M. Alphonse Guérin, paraissent bien répondre à la description des prostates de la femme des anciens auteurs.

L'existence de ces follicules prostatiques et normales, leur disposition est variable.

Leur structure est celle des autres glandules préuréthrales, mais elles sont caractérisées par une agglomération de ces glandules.

Ces conduits glanduleux peuvent, jusqu'à un certain point, être comparés au conduit uréthral lui-même.

Leur inflammation blennorrhagique est très fréquente.

Elle peut exister alors que l'urèthre et les autres follicules préuréthraux sont redevenus sains.

Dans ce cas, leur inflammation spécifique est toujours chronique.

Celle-ci suffit pour ramener des poussées aiguës spécifiques et même, en leur absence, pour propager la blennorrhagie.

L'inflammation chronique de ces follicules prostatiques peut amener l'hypertrophie de leurs éléments et donner naissance à de petites tumeurs polypiformes analogues à celles que l'on observe si souvent au niveau de l'urèthre dans les cas de blennorrhagie uréthrale chronique.

Ces tumeurs polypiformes sont constituées par l'hypertrophie de très petites bandes dont l'ensemble constitue les prostates.

Elle favorisent singulièrement la propagation de la blennorrhagie, car il est facile de constater à la loupe que chaque petite glandule est remplie d'une infiniment petite gouttelette de pus.

Le tissu cellulaire périfolliculaire sous l'influence d'une irritation nouvelle peut s'enflammer et suppurer. Dans ce cas, un abcès est constitué.

L'abcès peut s'ouvrir dans l'urèthre et donner ainsi naissance à une fistule : c'est la fistule vestibulo-uréthrale.

La blennorrhagie n'étant pas guérie tant qu'elle se trouve cantonnée dans les follicules, il importe d'appliquer à la follicule préuréthrale blennorrhagique et à l'inflammation blennorrhagique des prostates un traitement particulier :

1° La cautérisation au nitrate d'argent ou au fer rouge, portée sur chaque follicule, réussit souvent, mais ce procédé est très douloureux ; de plus, il risque d'obstruer le conduit excréteur du follicule enflammé et la distension de la cavité s'ensuit, d'où risque de périfolliculite et de suppuration :

2° C'est pourquoi Vidal de Cassis propose l'incision du follicule suivie d'une cautérisation profonde ;

3° M. Diday a donné un ingénieux procédé pour cautériser les follicules jusque dans leur profondeur : il enfonce dans leur conduit excréteur de fines tiges d'acier dont il chauffe la partie extérieure jusqu'à ce que par propagation la chaleur soit assez forte dans le follicule pour le cautériser ;

4° Enfin, on peut agir sur le follicule comme sur l'urèthre ou le vagin, par des injections qui modifient sa sécrétion ; injections au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, au tannin, etc., : on les fait à l'aide d'une seringue à canule très fine et recourbée (la seringue d'Anel, par exemple).—*Revue de thérap méd-chirurg.*

PÆDIATRIE.

Considérations générales sur la thérapeutique des maladies infantiles, par le docteur A. Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants.—L'examen des enfants est entouré de difficultés de toute nature ; mais il n'y a pas moins d'obtacles à surmonter lorsqu'il s'agit d'opposer à leurs affections un traitement rationnel. Les petits malades, presque toujours indociles, sont le plus souvent encouragés par la faiblesse intelligente de leurs parents à ne pas tenir compte des prescriptions du médecin. Il faut que le praticien sache souvent se borner à la médecine expectante, que d'autre part il change, suivant les circonstances, le goût et la forme des substances médicamenteuses dont il faut faire usage, qu'enfin, dans certains cas, il ne s'obstine pas à agir contrairement à la volonté bien arrêtée du jeune sujet ; car il pourrait, par obstination, donner lieu à des perturbations névropathiques et aggraver la situation au lieu de l'atténuer. L'obscurité du diagnostic est une autre difficulté, et le début de la plupart des états pathologiques de l'enfance laissant cette question fort indécise, il est prudent de renoncer à une thérapeutique active. C'est pendant le premier âge, surtout, que les notions sur la nature du mal restent vagues et que, d'un autre côté, la tolérance vis-à-vis des médicaments est faible. Plus l'enfant est rapproché de sa naissance et plus l'expectation est indiquée : il suffit d'ailleurs de recourir à des moyens palliatifs dans un grand nombre de cas où il n'y a à combattre que des

dérangements passagers, se rattachant à l'évolution organique et qui ne peuvent être considérés comme de véritables maladies. S'il s'agit d'une fièvre éruptive, il est illogique d'intervenir au début à l'aide d'une médication qui souvent troublera l'évolution naturelle des symptômes. D'un autre côté, la plupart des états pathologiques à marche aiguë tendent, chez l'enfant, à se terminer par la guérison, et n'exigent qu'un bon régime et quelques soins extrêmement simples qui ne pourront que séconder l'action de la force vitale. Toutefois il est indispensable de surveiller le malade avec la plus grande attention, car les maladies marchent avec rapidité dans le jeune âge et sont fécondes en surprises. Il faut pouvoir agir sans retard, quand l'expectation paraît devenir insuffisante. Les indications sont alors urgentes et demandent à être remplies de suite et sans indécision.

En cherchant à combattre la maladie, le médecin devra toujours tenir compte de l'état général non moins que de l'état local, et saura varier ses déterminations d'après la période à laquelle il assiste et d'après les circonstances étiologiques ; il devra se rappeler que, dans les premières années de l'existence, la diète est difficilement supportée, que la privation de toute nourriture amène une délibitation rapide. Chez le nourrisson, le lait est d habitude un aliment suffisant, en même temps qu'une excellente tisane, et cependant il est quelquefois bon de ne pas supprimer complètement, même chez l'enfant à la mamelle, les boissons faciles à digérer. A toutes les phases de l'enfance il est sage d'autoriser l'usage du bouillon, du lait coupé, quelque soit l'affection observée et la constitution du malade, et tant que l'état de l'estomac et de l'intestin ne s'y oppose pas. Pendant la convalescence, il faut très promptement avoir recours à une alimentation plus substantielle.

Médicaments administrés par le tube digestif.—Les substances employées dans un but thérapeutique peuvent être introduites dans le canal intestinal par la bouche ou par l'anus. Elles peuvent aussi pénétrer dans l'économie par la peau ou les piqûres hypodermiques. D'autres sont appliquées sur les parties des muqueuses que l'œil peut découvrir, afin de produire un effet purement local. C'est par l'introduction du médicament dans la cavité buccale qu'on cherche à agir le plus souvent : mais fréquemment le jeune sujet se refuse à accepter ce qu'on lui offre, soit par caprice, soit par aversion pour l'odeur ou la saveur du médicament. Aussi faut-il, dans bien des occasions, le faire pénétrer de force dans l'œsophage, en obtenant l'écartement des dents à l'aide des moyens qu'on emploie pour explorer la gorge, et en se servant d'une cuiller à dessert ou à thé qui, par ses dimensions, est plus facile à manier, et a cependant une surface assez grande pour déprimer suffisamment la base de la langue : cette cuiller est quelquefois munie d'un couvercle qui a pour but de protéger son contenu et de masquer son goût ; il faut avoir soin d'enfoncer l'instrument jusqu'au voisinage de l'isthme du gosier et de ne le retirer que lorsque la déglutition est opérée. Le médicament, quelque soit sa forme, doit avoir un très petit volume, si l'on veut surmonter les difficultés que son ingestion présente. Les sirops sont assez aisément acceptés, à cause de leur saveur sucrée : les potions, les loochs, les juleps doivent contenir une quantité d'excipient variant suivant la nature du médicament qui leur est annexé. Cette quantité ne dépassera pas 120 grammes pour les mala-

des les plus âgés et 40 à 60 pour les petits; on aura soin d'y joindre un correctif toutes les fois que la substance active aura un goût ou une odeur désagréable. Les électuaires et les conserves ne sont pas très difficiles à administrer dans la médecine infantile, parce qu'on peut les faire passer pour des confitures. C'est aussi dans des confitures qu'on cherchera à dissimuler les pilules, qui doivent être très petites. Beaucoup de préparations sont prises assez volontiers sous la forme de tablettes de chocolat, de dragées, de pastilles, de gelées, quelquefois même de pain. Les poudres doivent être prescrites à de très faibles doses et peuvent être mêlées à de la tisane, à du sirop ou de l'eau gommée. Leur pesanteur spécifique les entraîne fréquemment au fond du vase, et si l'on a soin préalablement d'opérer le mélange exact en agitant le liquide, le petit malade refusera d'avaler le dépôt et n'acceptera que la partie limpide. Pour la forme pulvérulente, il est donc préférable de se servir de miel ou de confiture comme excipient.

Lavements. Gargarismes.—Lorsque l'enfant oppose une résistance invincible à l'usage de certains médicaments, il est possible de les faire pénétrer dans le torrent de la circulation en les introduisant par la partie inférieure de la muqueuse digestive. L'absorption est facile dans le gros intestin, aussi faut-il être prudent, relativement à la dose que l'on prescrit, et qui devra souvent être plus petite que si l'on agissait par l'estomac. Certains lavements ont une action topique sur la dernière partie de l'intestin, d'autres ont pour but de déterminer des évacuations alvines en provoquant l'action péristaltique. En tous cas, le liquide doit être tiède, mais sa quantité variera, non-seulement suivant l'âge du sujet, mais aussi suivant l'indication à laquelle on se propose de satisfaire. Si le remède est destiné à être absorbé, 60 à 80 grammes suffisent pour les enfants plus petits et 120 pour les plus âgés; s'il s'agit de provoquer des selles, la quantité de liquide devra être de 60 à 80 grammes avant deux ans, de 100 à 120 entre deux et cinq ans, de 200 à 250 au-dessus de cinq ans. Il est souvent nécessaire, lorsqu'on veut obtenir l'absorption du médicament, de donner, avant le lavement qui contient la substance active, un autre lavement légèrement laxatif ou seulement émollient qui déterge la surface de la muqueuse et vide l'intestin.

Les gargarismes sont assez rarement prescrits dans la médecine infantile; ils seraient souvent fort utiles; mais ils ne peuvent être conseillés que pour des enfants âgés au moins de sept ou huit ans. Chez les plus jeunes, le moyen est absolument inutile et présente même des inconvénients, car le malade ne comprend pas ce qu'on exige de lui et avale le médicament au lieu de se borner à le mettre en contact avec son arrière-gorge. Cependant, la fréquence des angines de toute nature pendant l'enfance nécessite très souvent une action directe sur la position particulièrement affectée de la muqueuse pharyngée. Aussi doit-on chercher à remplacer le gargarisme par d'autres topiques, tels que les irrigations, les injections, si la substance active est portée, sous la forme liquide, sur les parties malades, et insufflations, si c'est de la forme pulvérulente que l'on fait usage. On a souvent recours aussi aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent, ou avec un pinceau ou une éponge que l'on trempe dans des solutions astringentes ou caustiques plus ou moins concentrées.—*Bulletin de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Keating.*

℞—Extr. bellad. liquid ..... gtt vi-xii
Ammon. bromid ..... ℈i
Pot. bromid ..... ℈ii
Aq. destill ..... ℥ii

M.—En inhalations au moyen d'un vaporisateur.—*Gaillard's Med. Journal.*

Diphthérie.

℞—Thymol ..... 9 grains
Chlorate de potasse ..... 86 "
Sulfate de quinine ..... 53 "
Acide chlorhydrique ..... 15 gouttes
Glycérine ..... 1½ once
Alcool ..... 7 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à dessert toutes les heures pour un enfant de 3 à 5 ans.

Terreurs nocturnes et insomnie chez les enfants.—*Ellis.*

℞—Pot. bromid ..... gr ii
Tinct. hyoscyami ..... gtt x
Syrup. simpl. ..... ℥ss
Aquæ ..... ʒii ss

M.—A prendre au moment du coucher.—*Praticien.*

Gravelle urique.—*Bouchardat.*

℞—Pot. bitartr ..... } ãã ʒi ss
Pot. borat ..... }
Pot. bicarb ..... gr xviii
Aquæ ..... ℥xvi

M.—On peut prendre le tout 5 ou 6 fois par jour, diminuant s'il se produit un effet purgatif.

Prurit.—*Chéron.*

℞—Vératrine ..... 3 grains
Axonge ..... 2½ drachmes

M.—Gros comme un petit pois de cette pommade est appliqué matin et soir en onctions douces. Elle est recommandée lorsque le prurit est localisé aux aînes, aux aisselles, à la paroi abdominale.

Si le prurit est généralisé, l'emploi de la vératrine à l'intérieur est préférable, aux doses suivantes :

℞—Vératrine ..... ⅛ grain
Réglisse ..... q.s.

M.—Diviser en 40 pilules. Prendre 2 à 6 pilules par jour, une demi-heure avant les repas, ou trois heures après. On ne prendra jamais qu'une seule pilule à la fois et l'on augmentera d'une chaque jour jusqu'à ce qu'on soit arrivé au chiffre maximum de 6 pilules par jour, c'est-à-dire à $\frac{1}{18}$ gr. à peu près.—*Scalpel.*

Prurit anal.—*Allingham.*

℞—Liq. carbonis deterg. (Wright's) ..... } ãã ʒi
Glycerini ..... }
Pulv. zinci oxid ..... } ãã ʒss
Pulv. calamin. præp ..... }
Pulv. sulph. præcip ..... ʒss
Aquæ ad ..... ℥vi

M.—En badigeonnages, matin et soir.

Prurit vulvaire.—*Tilbury Fox.*

℞—Sod. hyposulphit ..... ʒii
Glycerini ..... ʒi
Aq. destill ..... ℥iii

M.—En lotions.

Plaies contuses.—*Dr D. C. Henson.*

℞—Sodæ hyposulphit ..... ℥iv
Acid. carbol. cryst ..... ℥ss
Glycerinæ ..... ℥ii
Aquæ ..... Oi

M.—En lotions et compresses.—*Canadian Practitioner.*

Ulcères atoniques.—*Plettinck.*

℞—Axonge ..... 30 parties
Précipité rouge ..... 10 "

M.—Pour pansements quotidiens.—*Revue de thér. méd. chir.*

Solution résolutive.—*Descroizilles.*

℞—Sod. chlorid ..... ℥i ʒii
Magnes. sulph ..... ℥ss
Tinct. iodin ..... m xx
Aquæ ..... ℥v

M.—En applications dans les engorgements strumeux infantiles.—*Revue de thér. méd. chir.*

Emulsion d'huile de foie de morue.—*Hôpital Roosevelt, N.Y.*

℞—Ol. morrhuæ ..... ʒii
Glycerinæ ..... ʒi
Pulv. g. acaciæ ..... ʒi
Aquæ ..... q.s.ad ℥ss

A prendre en une seule dose trois fois par jour.—*Druggists' circular.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MAI 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Le Grec, " l'Etendard " et la Philosophie.

L'article que j'ai publié dans notre livraison de mars au sujet des examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine m'a valu une verte remontrance de la part de l'*Etendard*. Je ne doute pas que ces messieurs se seraient fait un devoir d'honneur et d'urbanité d'insérer ma réplique dans leurs colonnes, mais j'ai préféré m'exposer au désavantage de ne parler qu'une fois le mois et rester chez moi ; et cela parceque 1° je n'envisage la question qu'au point du vue médical et partant ne m'adresse qu'à la profession et 2° je connais aussi peu le vocabulaire de l'*Etendard* que le Grec, mais s'il me fallait choisir je voudrais être helléniste. Des cours de philosophie que j'ai eu l'avantage de suivre pendant deux ans dans une bonne institution, il m'est resté entr'autres deux principes, à savoir : que le fait que mon voisin ne pense pas comme moi n'est pas un cas damnable et que les gros mots ne sont pas toujours des syllogismes. N'allez pas croire que je sois un misanthrope ou un ascète, ni même un homme *serieux* et voilà où mon confrère de l'*Etendard* a raison. J'adore l'esprit gaulois, et si monsieur veut en faire à mes frais, je m'engage à lui en donner tout le crédit, cela m'engage à peu... ça n'est que justice.

Ainsi donc je n'aime pas, *comme médecin*, la gymnastique de l'intelligence *en grec*, dut-on m'appeler Bazaine j'aime mieux l'allemand, il est vrai que j'ai lu Gœthe, Schiller, etc., traduits s'il vous plaît, voir même j'aime mieux l'anglais, l'espagnol, l'italien... j'allais dire

l'hébreu et le sanscrit, pardon ! Quant à la philosophie, nous sommes, elle et moi, en bons termes ; entendons-nous monsieur, je ne veux pas me poser comme philosophe et ne veux nullement vous contredire, or j'ai cru comprendre par votre correspondance que je suis.... allons-donc, qu'il en coûte de s'avouer ses faiblesses... que je suis, dis je, un imbécile. Eh bien, voyez comme il est difficile de se réformer à un certain âge, je prétends encore, malgré vos bonnes raisons, que l'étude de la philosophie est, pour beaucoup de gens, indispensable, pour le médecin, très utile, plus que le grec, même comme gymnastique de l'intelligence, mais attendez, vous croyez que nous allons être d'accord ? Nenni ! Je prétends, (pardon de la liberté grande) que si on veut rendre obligatoire l'une des trois branches facultatives,—pour les aspirants à l'étude de la médecine, remarquez-le bien, vous paraissez avoir négligé cette particularité—c'est à la physique qu'il faut donner la préférence parceque cette science est *indispensable* au médecin et que la connaissance de ses lois les plus élémentaires n'est pas innée chez lui, ce qui n'est pas le cas pour la philosophie. Eh ! dites donc, puisque vous vous gênez si peu avec moi je puis bien me permettre de vous dire que je parle là de choses que je connais par expérience, car, comme vous n'êtes pas mon patient et que vous ne me connaissez que comme... je vous dirai que je suis médecin depuis onze ans, vienne Pâques fleuries, tandis que vous n'êtes... que ne signez-vous, on se ferait un honneur de vous donner vos noms et titres.

Il n'y a qu'une chose qui m'a fait peine dans votre écrit : vous me qualifiez de matérialiste ou peu s'en faut. J'ai bu ce calice à petits coups et ce n'est qu'au moment d'avaler la lie que je me suis demandé de quel droit..... mais je me suis rappelé votre prospectus et j'ai bravement vidé la coupe. Vous avez bien fait, monsieur et si vous voulez bien condescendre à m'adresser deux ou trois homélies du même genre (n'oubliez pas le sel) vous aurez contribué pour une large part à l'édification d'un..... jeune homme qui se mêle de se mêler des affaires de sa profession.

Monsieur l'anonyme, (rédaction de l'*Etendard*) comme il est bien entendu que je ne parle qu'au point de vue médical, malgré votre fantaisie de généraliser, et que votre excellent journal n'est pas lu par tous les médecins, je vous offre cordialement l'hospitalité, sans détriment à ce que vous pourrez dire de moi sur votre feuille, vous avez votre programme qui ne transige pas—d'accord ! Mais, l'hospitalité d'un journal, vous comprenez cela mieux que moi, ne ressemble nullement à celle de nos ancêtres, on se permet de poser des conditions. Conséquemment, s'il vous plaît que je vous imprime vous voudrez bien vous abstenir de parler politique car mon journal est intitulé : l'*Union Médicale* du Canada ; vous ne parlerez pas d'avantage de théologie, étant médecin je n'oserais vous répondre, vous auriez trop beau jeu.

De plus—décidément je crois que vous n'écrirez pas—vous ne ferez pas allusion aux *tendances de certaine institution*, car bien que les Drs Lamarche et Desrosiers soient professeurs à l'Université-Laval de Montréal, ce dont ils s'honorent, les rédacteurs de l'*Union Médicale* du Canada ne sont nullement sous le contrôle de cette institution. Hors cela la liberté la plus illimitée.

Appelez-moi cagot ou matérialisme, jeune homme même, si cela vous convient, et je vous tendrai la main.

DR. A. LAMARCHE.

La falsification des médicaments.

M. le Dr Lesage, député de Dorchester à la Chambre des Communes, a prononcé, à la séance du 27 mars dernier, un remarquable discours dans lequel il a attiré l'attention de la Chambre sur les falsifications de plus en plus nombreuses auxquelles sont soumis les aliments et les médicaments. Ce discours, qu'un de nos journaux politiques a reproduit en entier, produira-t-il l'effet désiré ? Fera-t-il enfin ouvrir les yeux sur un état de choses que chacun peut constater par lui-même, et auquel l'on n'a, jusqu'à aujourd'hui, apporté que peu ou pas de remède ? Nous l'espérons, et c'est avec cet espoir que nous croyons devoir appuyer les remarques judicieuses de M. le Dr Lesage.

Quant à falsification des substances alimentaires, la *Société d'Hygiène* sera bientôt appelée à se prononcer là-dessus, et son organe officiel, le futur journal d'hygiène, fera sans doute entrer cette importante question dans son programme. Pour nous médecins, la falsification des drogues et médicaments nous intéresse plus directement.

Cette fraude ne date pas d'hier, à coup sûr, mais il est avéré qu'elle augmente tous les jours d'une manière alarmante. L'opium, la morphine, le quinquina, la quinine, la rhubarbe, le séné, la podophylline, l'ipecacuanha, le chloroforme, l'ergot, le bromure et l'iodure de potassium, etc., etc., sont aujourd'hui falsifiés sur une très haute échelle, et malheureusement il est presque impossible, bien souvent, de remonter à la véritable source du mal. Dans un rapport soumis au Bureau de Santé de l'état de New York, en 1882, il a été démontré que sur 75 échantillons de médicaments soumis à l'analyse, 32 étaient adultérés. La rhubarbe l'était dans une proportion de 4 sur 9. La *racine* d'ipecac, 4sur 7, le jalap, 1 sur 3, la moutarde, 4 sur 6, le sulfate de quinine, 1 sur 4, le soufre précipité, 7 sur 13. Nos échanges d'Europe nous mettent aujourd'hui en garde contre le tartre émétique fabriqué en Allemagne. Ce sel serait adultéré au moyen d'une assez forte proportion d'acide oxalique. Et que d'autres exemples ne pourrions-nous pas apporter !

Après cela, on comprendra facilement pourquoi les médicaments que nous prescrivons, et en particulier ceux qui sont à l'état de poudre restent parfois sans aucun effet. On pourrait peut-être trouver ici la cause de quelques-unes de nos insuccès thérapeutiques.

Il faut aussi rapprocher de la falsification proprement dite le fait que un bon nombre de préparations pharmaceutiques n'ont pas le degré de force ou de concentration exigé par la pharmacopée. Beaucoup de teintures et d'extraits fluides actuellement sur le marché sont dans ce cas.

Il n'y aurait, selon nous, qu'un moyen de remédier à cet état de choses. Ce serait l'établissement d'un laboratoire spécial où serait confié à des analystes compétents l'examen minutieux de toutes les drogues en vente dans nos pharmacies. De la sorte nous pourrions savoir la valeur réelle de ce que nous prescrivons et rapporter à leur véritable source quelques-unes des déceptions si fréquentes que nous réserve le traitement des maladies.

Instruments de chirurgie.—A différentes reprises on nous a demandé quel était le moyen le plus expéditif et le plus économique de se procurer des instruments de chirurgie français. Si on veut bien référer à l'annonce illustrée de la maison H. Galante & fils en tête de chacune de nos livraisons on y verra que le Dr E. Morin de Québec est l'agent autorisé de cette célèbre maison. Quant à ceux qui désireraient correspondre directement, il leur sera facile de faire les remises d'argent au moyen d'une traite de la Banque d'Epargne de la cité et du district de Montréal sur le "Crédit Lyonnais," de Paris.

Nous nous ferons un plaisir de donner tous les renseignements voulus à ceux de nos abonnés qui ne possèdent pas le catalogue de la maison Galante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Report of the Commissioner of Crown Lands of the Province of Quebec for the twelve months ended 30th June 1883.—Printed by order of the Legislative Assembly.

BOURNONVILLE (Dr Bernier de) — De la métrite. — Son traitement rapide par les scarifications rapides par le chalumeau cautère.—Paris. —Delahaye et Lecrosnier, 1882.

GUERMONPREZ (Dr Fr.)—Plaies par éclatement.—Lille, 1881.

—Arrachements dans les établissements industriels.—Paris, 1884.

—Plaies par peignes de filature.—Paris, 1883.

—Etude sur les plaies des ouvriers en bois.—Paris, 1883.

—Plaies par usure.—Lille, 1883.

—Note sur un cas de cepticerque du sein.—Lille, 1884.

—Note sur le traitement de la pseudarthose du tibia.—Bruxelles, 1883

NOUVELLES MEDICALES.

Montreal General Hospital.—MM. les Drs W. A. FERGUSSON, de Richibouctou, G. JOHNSTON, de Sherbrooke, et George A. GRAHAM, de Hamilton, ont été nommés internes de cette institution.

M. le Dr GRAY a été nommé surintendant du département médical, en remplacemsnt du Dr BELL qui, comme nos lecteurs le savent, a donné sa démission.

Contribution annuelle au Collége des Médecins et Chirurgiens, P. Q.—M. C. E. de LAMIRANDE nous prie d'informer les médecins pratiquant dans la province de Québec que "tous ceux qui ne paieront pas immédiatement leur contribution annuelle jusqu'au 1er juillet 1883, auront des frais, et cela, sans autre avertissement." Qu'on se le tienne donc pour dit une fois pour toutes.

Médecin demandé.—On demande un médecin canadien à Berlin-Falls, (New Hampshire) E. U. Pour plus d'informations, s'adresser à M. Télesphore Lambert, Berlin-Falls.

Nouveaux Médecins.—Aux examens qui ont eu lieu dernièrement dans les Universités Laval, McGill et Victoria, les Messieurs dont les noms suivent ont été admis à la pratique de la médecine :

Université Laval (Québec) : MM. Alfred Morin, A. Millette, M. Moreau, J. Sinclair et Pierre Deblois.

Université Laval (Montréal) : MM. Hormisdas Boucher, Joseph Desjardins, Ernest Duval, Joseph Surprenant et Charles Narcisse Valin.

Universitté Victoria : MM. Aug. C. Denis, A. Barolet, S. Leblanc, F. McCaffrey, H. Brosseau, O. Berthiaume, T. Dubois, H. Gauthier, W. Fournier, F. Daignault, R. Mignault, J. O. Lambert, H. Leduc, J. Comtois, J. Béliveau, G. Beaudoin, W. Théoret, P. A. Letourneau, W. Trudeau, O. Morasse, A. A. Leblanc, E. Turgeon, A. Langevin, I. R. Pichard et L. Paradis.

Obit.—J. B. Dumas, l'illustre chimiste, est mort à Cannes, le 10 avril dernier.

M. C. E. DE LAMIRANDE, agent du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province, a transporté son bureau du No 63, rue St-Gabriel, au No 61 de la même rue.

Rough on Rats.—Le *Philadelphia Medical Times* rapporte deux cas d'empoisonnement criminel par cette substance. On se rappelle qu'à Montréal, nous avons eu à constater le cas d'une jeune fille qui s'est suicidée en ingérant une assez forte dose de ce dangereux insecticide. Ce sera sans doute bientôt le poison à la mode !

LE *Lancet* de Londres rapporte un cas de mort par l'emploi du mélange anesthésique connu sous le nom de A. C. E., et qui renferme 1 partie d'alcool, 2 parties de chloroforme et 3 d'éther. La mort eut lieu par syncope circulatoire. Les reins étaient malades.

L'UNIVERSITÉ Catholique de Louvain doit célébrer, les 12 et 13 mai prochain, le cinquantenaire de son établissement. Le programme de ces fêtes est des mieux remplis, nous dit le *Scalpel*.

LE cinquième Congrès international d'Hygiène a eu lieu à La Haye, du 21 au 27 avril dernier.

NAISSANCES.

MATTE.—A Lewiston (Maine), E. U., la dame du Dr L. E. N. Matte, une fille.

PAQUIN.—A St-Frédéric (Beauce), le 22 avril dernier, la dame du Dr S. Geo. Paquin, un fils.

DÉCÈS.

BROSSOIT.—A Beauharnois, le 22 février, Pierre-Julien-Alfred-Gaston, âgé de 26 jours, enfant du Dr N. A. Brossoit.

DESROCHES.—A Montréal, le 9 avril, à l'âge de 4 mois et 24 jours, Marie-Héloïse-Cornélia-Ablertine, enfant du Dr J. I. Desroches.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, Joseph-Ludovic, âgé de 4 ans et 10 mois, fils du Dr N. Prévost.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC.—M. CHS. A. VERGE.

Considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement.

Nous avons eu depuis quelque temps, dans nos salles des femmes, cinq cas de tuberculose qui représentent assez bien les principales phases et les diverses formes de cette redoutable maladie, celle qui fait peut-être le plus de victimes. J'appellerai d'abord votre attention sur la malade du No. 48, que nous avons eue pendant près de deux mois dans nos salles. C'était une fille, âgée de 27 ans, qui exerçait depuis bon nombre d'années le métier de couturière dans une de nos principales maisons de commerce ; elle occupait le département des draps et des lainages. C'est vous dire que cette jeune fille prenait peu d'exercice, qu'elle passait ses jours dans une atmosphère confinée, à respirer un air plus ou moins contaminé par des émanations malsaines et chargé de poussières irritantes provenant des diverses marchandises qu'elle était obligée de manipuler. Il y a un an à peine elle fut prise tout-à-coup d'un crachement de sang qui dura plusieurs jours; la quantité de sang expectoré n'avait pas été considérable, ce qui est généralement le cas au début de la phthisie pulmonaire, les hémorrhagies graves et abondantes se montrant de préférence à une période avancée de la maladie. Depuis cette époque elle a eu trois hémorrhagies semblables et vous avez été témoins d'une de ces attaques qui s'est prolongée au delà de huit jours. Jusqu'à sa première attaque, rien n'avait fait pressentir l'existence de tubercules. Est-ce à dire que l'hémoptisie a été la cause du développement de la tuberculose ? Je ne le crois pas. Il est infiniment plus probable que les tubercules existaient déjà chez elle à l'état latent. Son genre de vie avait préparé le terrain d'avance, et provoqué à son insu le dépôt de tubercules. Ces tubercules à leur tour, agissant à la manière d'une épine, ont fini par déterminer une congestion localisée qui a été la cause immédiate de l'hémorrhagie. C'est là l'opinion la plus généralement accréditée. Rien du reste dans l'histoire de la famille ne décelait une prédisposition héréditaire. L'appétit laissait à désirer depuis longtemps, et à son entrée à l'hôpital la malade souffrait d'un catarrhe gastrique chronique. Il faut vous dire que la dyspepsie, si fréquente dans le cours de la maladie tuberculeuse, précède souvent le développement des autres symptômes. Depuis sa première indisposition jusqu'à son entrée ici, il y a tout près de deux mois, cette fille a souffert d'une toux opiniâtre, plus accentuée le soir et la nuit, assez pour que son sommeil en fut troublé. Cette toux, sèche d'abord, s'accom-

pagnait depuis quelque temps d'une expectoration assez considérable de mucus ; la malade se plaignait de douleurs thoraciques vagues, d'essoufflement après le moindre exercice ; elle maigrissait, elle transpirait pendant son sommeil, mais ces sueurs étaient encore limitées au devant de la poitrine, à la paume des mains, à la tête ; son teint présentait une pâleur remarquable, mais ses joues se coloraient vers le soir ; la menstruation, tout-à-fait irrégulière, était très incomplète ; enfin elle constatait elle-même un déclin considérable de ses forces.

Voilà, messieurs, ce que vous avez appris par l'interrogatoire que j'ai fait subir à cette malade en votre présence. Il était difficile, d'après ces seuls symptômes, de ne pas soupçonner une tuberculose pulmonaire. L'exploration de la poitrine ou la constatation des *signes physiques* est venue largement justifier nos prévisions. En effet, l'inspection de la poitrine vous a fait voir un aplatissement considérable au niveau des creux sous-claviculaires, plus marqué du côté gauche. La région sous-claviculaire gauche se soulevait à peine et il y avait un tant soit peu d'exagération des vibrations vocales. La percussion vous a révélé à son tour de la matité dans cette même région, matité que nous avons également trouvée dans la fosse sus-épineuse du même côté. A l'auscultation vous avez constaté en avant un affaiblissement du murmure respiratoire, dû sans doute à l'oblitération d'un certain nombre de ramuscules bronchiques, et, dans la fosse sus-épineuse, du souffle tubaire et de la bronchophonie, indiquant une densité plus grande du poumon à ce niveau ; de plus l'expiration était singulièrement prolongée. L'affaiblissement du murmure respiratoire que nous avons observé chez cette malade fait contraste avec la respiration que présentait sa voisine, menacée également d'une tuberculose à son début, et chez qui la respiration est dure, rude, ce que l'on explique en disant que la compression exercée par les tubercules, au lieu d'oblitérer les ramuscules bronchiques, rétrécit simplement ici les canaux, exagérant par là les frottements de l'air. Remarquez, messieurs, que les signes que nous avions constatés chez notre malade du No. 48 existaient à gauche, où ils ne pouvaient guère laisser de doute dans votre esprit quant à leur signification et à leur gravité. Lorsque ces mêmes signes existent à droite, ils sont moins significatifs, à cause de la rudesse et de la prolongation naturellement plus grande des bruits respiratoires du côté droit. Nous étions donc évidemment en présence d'une phthisie à sa première période.

Cette jeune fille n'avait subi aucun traitement avant son entrée à l'hôpital. A son arrivée ici, vous m'avez vu prescrire le sirop d'hypophosphite de chaux (ʒj *ter in die*), avec l'huile de foie de morue (ʒj *ter in die*) ; de plus, une pilule composée d'*ext. opii* et d'*ext. belladonnæ* ($\frac{1}{5}$ gr. ãã) à prendre tous les soirs. Vu l'intolérance de son estomac pour l'huile, nous avons été forcé de la remplacer par la glycérine (℥ss *ter in die*) qu'elle digérait bien. Nous lui avions prescrit en outre la solution de Fowler (2 gtt) à prendre immédiatement avant chaque repas, dans le but de modifier la nutrition et d'améliorer le catarrhe chronique de l'estomac. Cette malade, après sept semaines de traitement, a laissé l'hôpital, non pas guérie, mais se portant beaucoup mieux.

Le deuxième cas dont je veux vous parler occupe le No. 32 et nous intéresse à plusieurs titres. Cette jeune fille, âgée de 18 ans, servante par état, est entrée une première fois dans cet hôpital il y a près de

deux ans avec une double pneumonie. Pendant sa convalescence elle fut frappée d'une *phlegmasia alba dolens* qui occupa les deux extrémités inférieures, ce qui l'obligea de garder le lit pendant plusieurs mois. Elle se rétablit suffisamment pour laisser la maison, mais sa santé générale, depuis cette époque, continua à décliner. Elle a toujours toussé un peu, et graduellement d'autres symptômes plus alarmants l'ont forcée d'entrer une seconde fois à l'hôpital. Elle vous a dit que son appétit était nul et qu'elle avait une répugnance extraordinaire pour toutes les matières grasses, et en général pour toutes les viandes. Elle souffre d'une diarrhée qui dure déjà depuis plusieurs mois et qui s'est manifestée chez elle plus à bonne heure qu'on n'a l'habitude de la rencontrer. Elle tousse, crache et transpire beaucoup ; elle a maigri, et sa pâleur est remarquable. Elle n'a jamais eu de crachements de sang. L'examen de la poitrine vous a fait constater une matité bien accusée sous la clavicule et dans tout le sommet droit ainsi que dans les fosses sus et sous-épineuses droites, du souffle, de la résonnance vocale, et de plus, des râles sous crépitants secs (*craquements secs*). Ces râles, sur lesquels je désire attirer votre attention, vous avez eu l'occasion de les apprécier un grand nombre de fois chez cette malade. Cette condition est importante, car c'est la persistance de ces râles qui est un de leurs caractères les plus significatifs. Que veulent dire ces craquements ? On les considère, messieurs, comme le premier signe du ramollissement des tubercules; l'affection catarrhale a fait des progrès, et avec elle les produits tuberculeux ont fini par subir un commencement de liquéfaction. Plus tard, ces râles deviennent plus nombreux et plus gros par l'extension de l'inflammation aux bronches, et ils prennent le caractère des râles sous-crépitants humides (*craquements humides*).

Depuis quelques semaines, vous avez observé chez cette malade une recrudescence de la fièvre, de cette fièvre particulière à laquelle on a donné le nom d'*hectique*.

Ce genre de fièvre est plus intimement lié à la deuxième et à la troisième période de la phthisie pulmonaire. Comme je vous l'ai fait observer, cette fièvre revêt chez notre malade le caractère périodique et suit une marche franchement rémittente. Les accès reviennent tous les après-midi vers quatre heures, et se terminent dans le cours de la nuit par des sueurs abondantes. Il s'en faut que cette fièvre prenne toujours cette forme périodique, car souvent elle est continue et son intensité varie beaucoup chez les différents malades. Je dois vous dire que la fièvre hectique exerce sur la marche de la maladie une influence remarquable ; lorsqu'elle est intense, elle hâte considérablement le dénouement fatal, et il faut que vous en teniez compte lorsqu'il s'agit d'établir votre pronostic. Tel malade peut avoir atteint la dernière période de la phthisie, présenter des signes évidents de cavernes, et la fièvre être à peine accusée ; tel est le cas pour la malade couchée au No. 40 et dont je vous parlerai tout à l'heure. Mais fréquemment aussi cette fièvre est précoce, et alors, comme je viens de vous le dire il y a un instant, elle modifie les symptômes et la marche de la phthisie du tout au tout. En somme, cette fièvre, et c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier, dépend beaucoup moins de la période de la maladie que de l'*individualité du malade*. Une fois bien développée, elle entraîne nécessairement une combustion plus vive et plus rapide ; est-il étonnant qu'elle produise des conséquences désastreuses ?

Le troisième cas dont j'ai à vous entretenir est une femme âgée de 36 ans, mère de six enfants, et qui occupait jusqu'à ces jours derniers le N° 40. Cette femme, à la suite de difficultés de ménage, abandonnée à ses propres ressources, menait depuis bien des années un genre de vie qui l'avait exposée à bien des contretemps. Minée par le chagrin et par des soucis multipliés, sa santé en avait considérablement souffert. Au mois de juin 1883 elle cracha du sang pour la première fois et contracta vers cette époque, à la suite d'un refroidissement, ce qu'elle appelait un *mauvais rhume*. Depuis lors son état alla en s'aggravant, et elle entrait à l'Hôtel-Dieu, dans notre service, au commencement de janvier 1884. Elle offrait cet aspect spécial que présentent les phthisiques : joues et tempes creusées, rougeur des pommettes qui tranchait sur la pâleur du reste de son visage, teinte blanc-bleuâtre des conjonctives, développement anormal des dernières phalanges des doigts et des ongles (doigts hippocratiques), etc. Elle vous a dit que ses règles n'étaient pas revenues depuis mai 1883. Cette suppression des règles s'accompagnant d'une toux persistante doit toujours, messieurs, éveiller votre sollicitude et vous faire soupçonner la possibilité d'une affection tuberculeuse. L'examen de la poitrine avait dénoté chez elle de la matité dans la fosse sus-épineuse droite, ainsi que des souffles et des craquements très prononcés, ce qui m'avait permis de vous annoncer un ramollissement avancé des masses tuberculeuses occupant le sommet droit, et l'existence probable d'une petite cavité. Nous avions en conséquence diagnostiqué une phthisie arrivée à la seconde période de son développement : période de ramollissement. Vous avez constaté en outre chez cette malade, des deux côtés de la poitrine, et occupant une grande étendue, des râles nombreux et gros, plus ou moins disséminés, indiquant la présence d'une affection catarrhale des mieux caractérisées. L'expectoration était abondante, composée de mucus et de pus ; les crachats, plus ou moins verdâtres, opaques, étaient *striés de lignes jaunes*. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que ces stries sont extrêmement rares dans les catarrhes ordinaires ; nous les rencontrons souvent au contraire dans le cours de la phthisie, et elles précèdent alors la période d'ulcération ; elles sont dues à des matières purulentes qui ont séjourné longtemps dans les petites bronches. Leur présence, bien qu'inconstante, doit toujours éveiller l'attention, car sans être un symptôme pathognomonique, elles ont une signification qui a sa valeur. Vous m'avez vu prescrire à cette malade le sirop d'hypophosphites en combinaison avec le sirop de tolu, en même temps que j'exerçais une puissante contre-irritation à la poitrine au moyen de vésicatoires volants. Nous lui avions également prescrit le sirop d'iodure de fer dans de la glycérine, et une pilule anodine à prendre le soir, à répéter le jour si la toux devenait exagérée. Depuis quelques semaines nous avions remplacé sa première prescription par la créosote végétale, dans le but surtout de modifier la muqueuse bronchique qui continuait toujours à verser une abondante sécrétion.

Mais ce que cette malade a présenté de plus remarquable, et c'est la raison qui me fait insister un peu longuement peut-être sur ce cas, c'est le développement inattendu d'une complication qui a contribué beaucoup à abréger ses jours. Le matin du 25 février, on me fit mander en toute hâte pour cette même malade, disant qu'elle étouffait. A mon arrivée à l'hôpital, j'appris que cet accès de suffocation s'était

manifesté instantanément à la suite de violents efforts de toux ; en même temps cette femme s'était plaint d'une douleur atroce dans le côté droit. Elle respirait avec la plus grande difficulté, cherchant à réprimer le moindre effort de toux ; incapable de garder la position horizontale, elle était assise sur le bord de son lit, présentant une expression d'anxiété pénible à voir. Son visage cyanosé dénotait clairement une diminution considérable du champ de l'hématose ; aussi je soupçonnai de suite la possibilité d'un *pneumothorax*. En effet, l'examen de la poitrine décelait une immobilité presque complète du côté droit, une diminution notable des vibrations thoraciques, l'absence de murmure respiratoire et une exagération marquée de la sonorité dans toute l'étendue de la poitrine.

Vous vous rappelez, messieurs, que la veille de cet accident, nous avions annoncé un ramollissement tuberculeux du sommet du poumon droit et l'existence probable d'une petite caverne. Or, il arrive parfois que l'ulcération tuberculeuse s'attaque à la plèvre et détermine la perforation de cette membrane avant la production d'adhérences protectrices, et c'est ce qui a eu lieu évidemment dans le cas présent. Pendant les premières heures qui ont suivi l'accident, la dyspnée est devenue si intense et les symptômes d'asphyxie tellement menaçants que je crus pendant quelque temps devoir recourir à la thoracentèse pour sauver ma malade d'une mort imminente ; mais la cyanose du visage et des extrémités ayant diminué peu à peu, je n'ai pas voulu recourir à cet expédient qui n'aurait, du reste, procuré qu'un soulagement temporaire. La morphine ordonnée à la dose de ¼ gr., et répétée aussi souvent qu'il le fallait pour calmer la douleur, lui procura un soulagement considérable. Pendant les jours suivants, les signes physiques devinrent de plus en plus prononcés : la respiration, la toux, la voix prirent peu à peu un *timbre amphorique* tout-à-fait caractéristique, vous entendiez parfaitement le *tintement métallique*, et on peut dire que les divers râles dont l'air, emprisonné dans la cavité pleurale, renforcissait le timbre, revêtaient ce caractère métallique. Vous avez pu également vous convaincre qu'en appliquant l'oreille à la région postérieure de la poitrine, pendant que l'on percutait en avant, la percussion prenait ce timbre d'airain, signalé par Trousseau. Nous n'avons pu pratiquer la *succussion hippocratique*, ni obtenir cette sorte de glou-glou ou bruit de flot, dû à l'agitation d'un liquide dans un milieu circonscrit et rempli d'air, cette femme se prêtant difficilement à ce genre d'examen. Après cinq semaines d'une lutte opiniâtre, elle a fini par succomber le 3 avril dernier, à la suite d'une asphyxie lente. L'autopsie vous a montré le poumon droit complètement refoulé vers la colonne vertébrale par une quantité considérable de gaz qui s'est dégagé avec bruit dès que nous avons ouvert la cavité thoracique. Nous avons retiré également deux chopines d'un liquide franchement citrin, bien que ce liquide ait été en contact avec de l'air provenant du dehors pendant plus de cinq semaines. La présence de ce liquide, conséquence de l'inflammation inévitable de la plèvre, avait été constatée, pendant la vie, par une matité fort peu étendue et fort peu accusée, et en voici la raison : c'est que l'existence simultanée d'une grande quantité d'air dans la poitrine donne à la percussion une sonorité exagérée qui s'étend au loin, de la même manière que la distension de l'estomac ou du colon transverse par des gaz donne un son tympanique qui empiète sur les parties voi-

sines et masque le son mat que devraient rendre les organes du voisinage, cœur, foie, rate, etc. Le poumon droit n'était guère plus gros que le poing d'un homme et présentait à son sommet une cicatrice un peu soulevée, de la dimension d'une *fève*; par conséquent, il n'existait plus de communication libre entre la cavité de la plèvre et l'air extérieur. Toute la plèvre était revêtue d'une fausse membrane épaisse mais elle était libre de toute adhérence. En pratiquant une incision dans le lobe supérieur du poumon droit, vous y avez trouvé une caverne en partie remplie de pus, à peu près du volume d'un œuf de pigeon. La cicatrice observée à la surface du poumon correspondait exactement à cette caverne. Il ne peut donc rester aucun doute dans votre esprit quant à la cause de ce redoutable accident. Ce poumon présentait en outre plusieurs cavernules, de la matière tuberculeuse à l'état caséeux, occupant le lobe supérieur, le reste du parenchyme présentant l'aspect du poumon fœtal par le fait de la compression. Mêmes lésions du côté gauche, mais à un degré moindre; plusieurs cavernules dans le lobe supérieur, infiltration caséeuse par ci, par là, granulations opaques, et vers la base, quelques-unes grises. En voilà assez pour conclure à une tuberculisation pulmonaire sous ses formes les plus variées, car nous partageons l'opinion de ceux qui considèrent la phthisie pulmonaire comme une maladie unique, qu'elle se manifeste sous forme de tubercules, de granulations ou de pneumonie caséeuse. L'essence de la maladie est toujours la même, les différences tiennent à l'âge des tubercules, à leur nombre, à leur évolution plus ou moins rapide et à certaines circonstances accidentelles, bronchite, pneumonie, etc...

(*à suivre*)

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—**M. LARAMEE.**

Rhumatisme musculaire.—Méningite.

RHUMATISME MUSCULAIRE.—La patiente que je vous présente ici ne vous semble peut-être pas, au premier aspect, être bien malade. Cependant, elle souffre d'une affection extrêmement fréquente, affection pour laquelle vous serez très souvent consultés. De fait, pour cette seule maladie vous serez peut-être consultés plus fréquemment que pour la plupart des autres maladies: je veux parler du rhumatisme musculaire. Le rhumatisme musculaire, vous le savez, porte différents noms suivant la partie du corps qui en est atteinte: lumbago, s'il siège à la région lombaire; pleurodynie, s'il occupe les muscles intercostaux; torticolis, quand il affecte les muscles du cou et spécialement le sterno-mastoïdien, etc. Cette malade souffre de la forme appelée pleurodynie.

Tous les muscles sont exposés à être atteints du rhumatisme, mais ce sont ceux du tronc qui le sont le plus ordinairement. Les muscles des membres, surtout ceux les plus rapprochés du tronc, en sont aussi affectés, mais parmi les muscles des membres, les deltoïdes figurent en première ligne. Les Américains donnent le nom de myalgie au rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme musculaire s'observe spécialement chez l'adulte et

chez le vieillard. Tous les tempéraments y sont exposés, mais les lymphatiques et les scrofuleux le sont davantage. On peut en dire autant de ceux qui transpirent facilement et des personnes qui sortent au grand air, le matin à jeun, et qui parlent beaucoup ainsi exposées au frais et à l'humidité à certaines époques de l'année. Les fatigues musculaires, les longues marches, le froid humide déterminent souvent l'affection, etc.

Il n'est peut-être pas un pays au monde où le rhumatisme musculaire soit aussi fréquent qu'en Canada. Cela est dû à l'extrême variabilité de notre température qui est chaude aujourd'hui pour devenir froide demain. A ces brusques variations de température, joignez la mauvaise habitude qu'ont un trop grand nombre de personnes de ne pas porter de flanelle. Vous verrez que la plupart des sujets ne portant pas de flanelles souffrent plus ou moins de rhumatisme musculaire sous une forme ou sous une autre, et ça a été le cas pour notre malade. C'est là une observation que nous avons été à même de faire plus d'une fois dans cet hôpital, en interrogeant les malades qui se présentent à la consultation, et qui est pleinement confirmée dans la pratique civile.

A quels signes se reconnaît la maladie qui nous occupe ? Le caractère de ces douleurs musculaires est d'être erratiques, voyageuses ; elles affectent tantôt un certain groupe de muscles, puis tout-à-coup vont atteindre un autre groupe ou même un seul muscle isolé. Quand elles se répètent plusieurs fois, elles finissent par *se fixer*, ce qui les rend plus rebelles au traitement, comme dans le lumbago. La douleur apparaît subitement et disparaît ordinairement de même ; le moindre mouvement, la moindre contraction du muscle intéressé exaspère la souffrance. Il n'y a pas de fièvre.

Les malades affectés de rhumatisme musculaire viendront souvent vous consulter pour une maladie tout-à-fait étrangère au rhumatisme. Les uns croiront avoir une maladie de cœur (comme dans le cas de notre malade actuelle), les autres une pleurésie ou une inflammation d'intestions., etc,

Le traitement prophylactique du rhumatisme musculaire consiste à éviter tout ce qui exposerait au froid et à l'humidité. On doit conseiller l'usage de la flanelle. Mais les gilets de flanelle devront avoir des manches et de plus, principalement chez les femmes, monter assez haut pour protéger efficacement le cou et la partie supérieure de la poitrine. Porter un gilet sans manches ou décolleté équivaut à chauffer une chambre tandis que l'une des fenêtres reste ouverte. Ces gilets, laissez-moi le dire en passant, doivent être faits de véritable flanelle et non de coton ou de mérinos. Ils doivent aussi être portés en été comme en hiver, sauf à être d'un tissu moins épais dans la chaude saison. Il faut surtout éviter les courants d'air, et ici, je vous dirai que l'habitude de voyager dans des voitures sans avoir la précaution de baisser le rideau ou *store* en arrière, détermine fréquemment des rhumatismes musculaires.

Le traitement de l'attaque rhumatismale est assez simple. Si la douleur est de moyenne intensité, un bon sinapisme en aura ordinairement raison. Ce sinapisme doit être suffisamment épais et fait avec de la moutarde ordinaire, délayée dans un peu d'eau tiède ; l'eau trop chaude ou trop froide ne convient pas non plus que le vinaigre comme

on vous l'a enseigné dans votre cours de Matière Médicale. La présence du vinaigre, de même qu'une température trop basse ou trop élevée, empêche le dédoublement de l'acide myronique en huile essentielle de moutarde. Le malade supporte généralement bien les sinapismes; il lui faut du soulagementà la douleur intense qu'il éprouve. Le papier Rigollot constitue, il est vrai, une préparation bien élégante et commode, mais il est généralement trop petit; ensuite la douleur qu'il produit est trop intense et se montre trop tôt pour que l'on obtienne l'effet rubéfiant et révulsif que l'on attend. Au bout de quelques minutes, cette douleur est déjà insupportable et il faut enlever l'application. Vous prendrez donc de préférence la moutarde ordinaire, pourvu qu'elle soit de bonne qualité et fraîche.

Si le sinapisme ne suffit pas ou si la douleur est très intense, le moyen le plus prompt à employer, et celui qui soulagera le mieux la souffrance, est l'injection hypodermique de morphine. N'ayez pas peur de commencer par un quart de grain de morphine, même chez les sujets qui n'y sont pas habitués. Le soulagement est immédiat.

Si le cas devient chronique, le traitement sera celui du rhumatisme chronique ordinaire. Alors vous pouvez prescrire le salicylate de soude ou les alcalins, tels que les bicarbonates de potasse et de soude. L'iodure de potassium peut aussi être employé avec quelque avantage.

Ajoutons aussi les bains de vapeur, sulfureux, alcalins, l'huile de croton, la pilocarpine dont la formule suivante pourra être utile :

℞—Pilocarpine..... gr iii
Eau distillée..... ʒi

Dose : 6 minimes en injection hypodermique.

Il y a encore l'électricité, le massage, les frictions sèches, la ouate iodée, le baume de propylammine de Meynet en applications locales, etc.

Chez la malade qui fait le sujet de cette clinique nous avons commencé par les sinapismes pour terminer par les alcalins :

Bicarbonate de potasse..... ℥ss
Bicarbonate de soude..... ʒi

Dose : Une cuillerée à thé toutes les trois heures.

Ce traitement a été des plus favorables.

MÉNINGITE.—Vous connaissez tous l'histoire du malade que voici : Il y a deux mois, il fit une chute dans un bassin rempli de mortier chaud. Ce mortier ayant pénétré dans l'oreille gauche, il y eut otite moyenne aiguë, puis catarrhe chronique de l'oreille. L'écoulement purulent persistait encore quand le patient laissa l'hôpital environ vingt jours après l'accident. Au bout de quatre semaines vous avez vu le sujet demander de nouveau son admission. Cette fois le catarrhe de l'oreille, (qui persistait toujours,) se compliquait de symptômes du côté du cerveau. Il y avait céphalalgie intense, vertige, perte de mémoire, incertitude de la démarche, et du délire pendant deux ou trois jours. Pas de convulsions ni de strabisme, non plus que de vomissements.

Ces divers symptômes ont duré peu de temps. Aujourd'hui le malade est mieux. Qu'a-t-il eu ? Une inflammation de la dure-mère, une méningite.

Généralement, on comprend sous le nom de méningite l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Cette dernière phlegmasie est beaucoup plus fréquente que l'inflammation de la dure-mère. C'est elle que l'on rencontre chez les sujets tuberculeux, et que l'on connaît sous le nom de méningite tuberculeuse. Elle peut aussi être produite par l'insolation, l'abus des alcooliques, le froid, le traumatisme, mais les traumatismes sont bien plus souvent suivis d'inflammations de la dure-mère. Cette forme de méningite ne se présente pas avec les mêmes symptômes que ceux de l'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Elle est aussi plus rapide dans sa marche ; si rapide parfois, qu'il n'est pas toujours possible d'en bien déterminer toutes les particularités.

N'oubliez pas, messieurs, ce que je viens de vous dire au sujet des causes de l'inflammation de la dure-mère. C'est une lésion externe qui en est ordinairement le point de départ, et de toutes les causes externes, l'otite moyenne est la plus fréquente. Soyez donc sur vos gardes chaque fois que vous rencontrerez des cas d'otorrhée chronique, et ne perdez pas de vue que cette affection peut conduire à l'inflammation de la dure-mère. Il est vrai que comparée à l'otite, qui est si fréquente, la méningite est encore assez rare, mais vous n'en devez pas moins vous défier. Trop souvent on est porté à négliger ces cas ou à les traiter légèrement. J'ai eu occasion d'en observer trois chez lesquels la céphalalgie intense, persistante, était, en dépit d'une otorrhée chronique, mise sur le compte de la migraine. Or il y avait là de la méningite et les malades moururent.

Dans la méningite, la terminaison est presque toujours fatale.

Le meilleur traitement à employer pour combattre cette variété de méningite consiste dans la saignée locale au moyen de sangsues sur l'apophyse mastoïde. En même temps on fait raser les cheveux et l'on applique de la glace sur la tête ; un moyen aussi simple que facile d'appliquer cette glace est de l'enfermer dans une vessie ordinaire que l'on maintient en place et que l'on vide de temps à autre à mesure que l'eau s'y accumule. Outre la saignée on peut pratiquer la révulsion locale au moyen d'un grand vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu. Vous me direz qu'il y a là danger d'ouvrir une porte à l'érysipèle. J'en conviens, mais ce danger n'est pas très imminent, et d'ailleurs il faut aller au plus pressé et tâcher de combattre une maladie qui, comme la méningite, tue la plupart du temps ceux qu'elle atteint.

A l'intérieur on prescrit avec avantage l'iodure de potassium à dose de 10 grains trois fois par jour. S'il faut calmer la douleur, je ne vois que les opiacés que l'on pourrait employer, car eux seuls combattent efficacement ce symptôme. Cependant, Hammond et quelques autres proscrivent les opiacés dans les méningites en général. Le chloral et les bromures ont des propriétés hypnotiques, mais ne sont pas anodins.

N. B.—Le malade qui faisait le sujet de cette leçon a laissé l'hôpital quelque temps après, parfaitement guéri.

Dans le but de soulager les douleurs mammaires après l'accouchement, le prof. PARVIN emploie le mélange suivant : ℞.—Huile d'olive, 2 onces ; teinture d'opium, 1 once.—M.

Du climat de la Californie;

par J. F. T. Jenkins, M.D., C.M., etc.,
Membre de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal.

La Californie, parcourue en tous sens par des chaînes montagneuses, offre une variété de climats que l'on ne comprend qu'après une étude de sa topographie. Les principales chaînes sont celles qui longent la côte de l'Océan Pacifique, parmi lesquelles on remarque la " Sierra Nevada " qui, dans le sud de la Californie, gagne l'intérieur vers l'est, au lieu de suivre la côte. De l'est elle s'étend au nord où elle joint la chaîne dont elle s'était séparée. Entre ces montagnes se trouve l'intérieur de la Californie, la vallée la plus propre à l'agriculture de toute la côte du Pacifique.

Du nord, c'est-à-dire à la réunion des deux chaînes dont on vient de parler, part la rivière Sacramento qui gagne le sud, tandis que ses branches se dirigent vers l'est et l'ouest, arrosant la moitié nord de la vallée; on donne à cette partie le nom de Vallée Sacramento. Au sud, c'est-à-dire à la réunion sud des deux mêmes chaînes de montagnes, naît la rivière " San Joaquin " qui gagne le nord et arrose le sud de l'intérieur de la Californie, que l'on appelle vallée " San Joaquin." Ces deux rivières réunissent leurs eaux au milieu de l'Etat et se jettent dans la passe " Golden Gate " après avoir traversé les baies de San Pablo et San Francisco.

En face de la passe " Golden Gate," dans la baie de San Francisco, à quelques milles à l'intérieur, se trouve la fameuse montagne " Diablo," qui semble être une partie de la chaîne de la côte qui a été transportée là où elle est, dans les premiers bouleversements de la terre, pour créer la passe " Golden Gate." L'existence de cette montagne et de ce défilé est la cause du climat de la Californie. Ce défilé permettant aux eaux intérieures de s'écouler, empêche la vallée d'être inondée, et en favorisant l'entrée de l'air humide qui vient de la mer, lui donne sa fertilité.

Les vents alizés du Pacifique sont des vents constants qui partent de l'Equateur en suivant le nord-est. Ces vents sont chauds et chargés d'une humidité chaude. Si le défilé n'existait pas, les vents passeraient au-dessus des montagnes sans se condenser, sans abandonner leur humidité sous forme de pluie en hiver comme en été. Mais avec la disposition actuelle du sol, les vents alizés rencontrent à la côte les vents du nord auxquels ils se mêlent, passent dans la " Golden Gate," frappent le mont " Diablo " et se divisent pour répandre sur les vallées Sacramento et San Joaquin, durant l'été, des brises tempérées. Ces brises commencent généralement vers midi et durent jusqu'à minuit. C'est ainsi que les jours, en été, sont sans nuages, et que les nuits sont fraîches et salutaires. La vallée de " San Joaquin " est la plus chaude. Cependant, dans le nord de la vallée " Sacramento," la température est plus élevée qu'à des points rapprochés du défilé. Si à la surface de la vallée il y avait quelque courant froid, alors il y aurait condensation et pluie en été.

En hiver, le climat serait froid et même sec, il n'y aurait pas de neige pour protéger le sol si le soleil ne réchauffait pas davantage l'air et l'eau qui sont à l'Equateur. Les vents alizés arrivent du nord, plus

forts et plus constants qu'en été, et rencontrent les vents plus rigoureux de la côte nord. Il s'en suit des tempêtes sur mer. Ces vents se divisent, entrent dans le défilé, frappent le mont " Diablo," et se répandent sur les vallées en les couvrant d'humidité. S'ils ne produisent pas de froid, ce n'est dû qu'à leur point de départ : l'Equateur.

Maintenant que nous connaissons les causes qui produisent le climat si doux de la Californie nous allons voir les causes qui créent un climat différent suivant les localités. Si la vallée était formée d'une immense prairie, plane, sans ruisseaux et rivières avec côtes élevées et sans forêts, le climat serait uniforme du sud au nord. · De même sur le versant des montagnes le climat serait uniforme quoique plus froid par raison d'altitude. Mais les nombreux pics dont celles-ci sont composées, élevés à des hauteurs plus ou moins considérables, brisent l'uniformité du climat qu'offre les montagnes à pente légère et unie.

Dans les vallées le climat varie par suite des obstacles à la circulation de l'air : forêts, côtes.

Si nous laissons les vallées pour monter les collines vers les montagnes, nous remarquons encore une variété plus grande du climat. L'élévation graduelle de ces collines produit en général une température qui varie peu de celle des vallées inférieures. Mais lorsque nous arrivons aux mille et une vallées qui montent et se perdent dans les gorges coupées de différentes manières, chaque vallée alors a son climat. Malgré de légères différences, partout il est doux, agréable et délicieux. Ces petites vallées sont à une hauteur de 500 à 5000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Elles sont exposées à des variations atmosphériques suivant leur élévation.

Quelques-unes de ces petites plaines se trouvent dans ce qu'on appelle la *ceinture thermale.* Cette ceinture thermale a été tracée, à des hauteurs variables, tout autour de la grande vallée de l'Etat. En quelques endroits, elle semble disparaître tout-à-fait tandis que en d'autres elle est très marquée et mesure de dix à douze milles de largeur. Pour se faire une idée juste de cette ceinture thermale, le lecteur doit se reporter un instant au tableau que nous avons tracé de la grande vallée de la Californie, vallée horizontale et non interrompue, encaissée entre deux rangées de montagnes dont les pentes s'inclinent doucement vers le niveau de la vallée elle-même. D'où il suit que les parties les plus basses de ce bassin constituent, grâce aux rayons du soleil, la partie la plus chaude de la vallée.

Il est également évident que, aussitôt que le soleil s'incline à l'horizon, soustrayant ainsi son influence calorigène, cet air chaud du centre de la vallée se trouvant raréfié et plus léger que celui des hauteurs, doit commencer à s'élever pour être remplacé par les couches supérieures qui se précipitent vers les parties déclives, ce qui fait que dans la dernière moitié de la nuit et le matin, ces parties sont remplies d'un air froid au lieu de l'être d'air chaud ; si alors la gelée doit se faire sentir quelque part, c'est là même qu'on la constatera. De fait, les gelées sont très fréquentes et très intenses dans les parties basses de la vallée. A certain endroit du versant des montagnes doit donc alors exister une ceinture d'un air plus chaud qu'on n'en pourrait trouver plus haut ou plus bas. Dans ce cas, cet endroit constituerait la ceinture thermale.

Mais maintenant, si nous nous reportons au véritable état de choses

tel que nous l'avons décrit plus haut, les conditions ne sont plus les mêmes. Les flancs de la montagne, au lieu de s'incliner doucement, sont coupés de hautes et vives arêtes du sommet desquelles partent des ravins qui descendent par diverses directions vers la vallée sise au-dessous. Vers le milieu du jour, comme tout à l'heure, sous les chauds rayons d'un soleil qui surplombe, le centre de la vallée devient l'endroit le plus réchauffé. Le soir, quand le soleil est descendu sous l'horizon, cet air chaud commence à s'élever, et, toujours comme tout à l'heure, l'air froid se précipite, comme le ferait un cours d'eau, vers les parties déclives. Ici, cependant, il ne saurait se déverser en une nappe continue, mais, à l'instar de l'eau, il descend par les ravins et arrive dansla vallée sous forme de courants. Or il est clair qu'au niveau de ces courants d'air froid il y aura une région plus ou moins froide, que ce soit en haut sur la montagne ou en bas dans la vallée. Par contre, sur la partie inférieure des arêtes dont nous avons parlé et qui, faisant obstacle à l'air froid qui descend, le dirigent en courants vers la vallée, il doit évidemment y avoir une portion plus chaude où l'air réchauffé durant le jour reste stationnaire, tout comme reste à peu près stationnaire l'eau qui baigne les rives d'une grande rivière. De plus, l'air chaud de la partie inférieure de la vallée trouve à cet endroit comme un lieu de repos et contribue à en maintenir la température plus élevée. C'est là l'origine des ceintures thermales de la Californie. Ainsi s'explique également le fait que, vû le courant d'air chaud qui vient de l'équateur et balaye les vallées durant l'hiver, uni aux phénomènes particuliers décrits plus haut, en Californie, à une latitude peu au-dessous de celle de Montréal, on peut cultiver les fruits des tropiques alors que nos arbres, ici, sont encore veufs de leur feuillage.

La Californie méridionale ou semi-tropique comprend les comtés suivants : San Bernardino, Los Angeles, Ventura, Santa Barbara et San Diego. Son climat est plus influencé par les vents alizés de l'équateur que ne l'est toute autre partie de la côte du Pacifique ; c'est aussi là que les vents froids des régions arctiques ont le moins d'action. La température uniforme des eaux d'où viennent ces vents contribue à les rendre plus doux, ce qui donne au pays un climat qui ne va pas aux extrêmes du chaud et du froid. Ainsi, à San Diego la chaleur moyenne de l'été est de 69.67 degrés et la température moyenne de l'hiver 54.09 ; la différence est de 15.58 degrés. A Santa Barbara 67.71 degrés en été, en hiver 54.29 degrés ; différence 13.42 degrés. A Los Angeles, 67 en été, en hiver 55 ; différence 12. Je pourrais citer plusieurs autres localités où la différence entre le climat d'été et celui d'hiver est aussi légère. L'été y est plus frais que celui de la côte de l'Atlantique. La différence entre la température de l'été et celle de l'hiver est de 14 degrés, tandis que sur le bord de l'Atlantique elle s'élève à 51 degrés.

La Californie méridionale couvre une étendue de 280 milles sur le bord de l'Océan Pacifique et penètre de 40 à 60 ou 70 milles à l'intérieur. Située au sud de la latitude 38°, elle n'éprouve pas les brouillards froids ni les fortes brises qui passent sur San Francisco pendant une partie considérable de l'année. La température de l'eau de la mer varie de 6 degrés seulement pendant toute l'année. Ici le climat est réglé par l'eau dont les variations affectent l'air qui la recouvre.

La cause de cette température uniforme de l'eau est due à un courant plus large, plus long et probablement plus profond que le "Gulf Stream" près de la côte de la Floride. En été les bords de l'Atlantique sont fréquentés par nombre de personnes qui vont y prendre des bains, la température de l'eau étant de 70 et celle de l'air 75; mais en hiver on ne voit que de la glace, et tout a l'air stérile et abandonné, tandis que sur la côte de la Californie on ne voit jamais de glace et l'on se baigne aussi bien en janvier qu'en juillet.

On saura donc que la Californie méridionale possède une uniformité de température sans pareille—on n'y voit pas la chaleur qui énerve ni le froid qui produit la torpeur ou l'inhabileté au travail. L'air a cette fraîcheur tonique dont a besoin l'homme engagé dans l'industrie, lui permettant de se livrer sans cesse au travail; de même il a cette douceur qui charme et qui repose le convalescent, et qui convient à toutes les périodes de l'épuisement.

Après ce courant dont j'ai parlé il y a un instant, la cause la plus puissante de ce climat étonnant est la configuration particulière des montagnes qui arrêtent et réfléchissent les rayons du soleil et séparent cette partie du pays du reste du continent. Sa proximité de grands déserts arides lui donne une sécheresse difficile à trouver ailleurs, tandis que sa position isolée l'empêche d'être affectée d'une manière sensible par les variations extérieures.

J'ai déjà donné les caractères principaux du climat dans les trois grandes parties de l'Etat, j'ai démontré que partout le climat est doux, égal et sain, mais pour les sujets affectés de maladies pulmonaires, je conseille de préférence la Californie méridionale, parce que le climat y est plus uniforme et plus sec.

28 Carré Richmond,
Montréal, 1er Avril 1884.

Observation d'épilepsie, remontant à six ans, consécutive à une violente émotion, très améliorée par l'usage de la solution de Laroyenne.

Par le Dr A Blanchard, de Presles.

Madame Julie J....., blanchisseuse, âgée de 35 ans, demeurant au hameau de Courcelles, commune de Presles, est affectée d'épilepsie depuis six ans. Au moment de ma visite, 25 février 1883, je la trouve dans un état d'exaltation difficile à dépeindre; elle a les yeux hagards et me produit l'effet d'une aliénée du plus beau type. Elle a des attaques d'épilepsie quotidiennes et, désespérée, a essayé de se suicider.

Le mari et la famille me supplient de tenter d'améliorer le sort de cette malheureuse qui est mère de trois enfants.

Bien portante jusqu'à vingt-neuf ans, cette femme qui est blonde et forte appartient à une famille où on ne connaît aucun cas d'épilepsie, ni même d'hystérie. Sa mère, âgée de soixante ans, est très calme, d'un tempérament bilieux, d'une santé robuste. Malgré ses 65 ans, son père, de haute taille, de corpulence herculéenne, se livre à des excès alcooliques, mais ne s'en porte pas plus mal.

Madame Julie J..... a eu une enfance heureuse, n'a jamais eu de

convulsions ni rien qui put faire prévoir une maladie nerveuse. Les règles sont apparues pour la première fois entre 13 et 14 ans, sans occasionner aucun trouble dans la santé de la jeune fille.

Mariée, elle a eu ses couches heureuses, trois enfants, dont le dernier a aujourd'hui sept ans, et qui tous sont bien portants et n'ont eu ni danse de St Guy, ni convulsions jusqu'ici.

Il y a six ans, Madame Julie J..... était occupée à étendre du linge qu'elle venait de laver dans un abreuvoir (pièce d'eau un peu profonde), quand, trompant sa vigilance, son plus jeune enfant, qu'elle avait assis sur l'herbe (il avait alors 15 mois), se relève, s'avance vers la pièce d'eau et y tombe !

Il est sauvé par une personne accourue au moment de l'accident, et on est assez heureux pour le ramener à la vie après près de deux heures de soins constants

La malheureuse mère en voyant la chute de son enfant, fut tellement interdite qu'elle ne put que jeter un cri inarticulé, elle tombe à la renverse et eut la première crise de l'affreuse maladie qui la mine aujourd'hui.

Elle reçut alors les soins éclairés des meilleurs médecins de la contrée ; tous les antispasmodiques furent essayés en vain ; les médecins se succédèrent, le mal persista,

Les crises revinrent d'abord tous les trois mois, puis tous les deux mois, tous les mois, toutes les trois semaines, etc., et enfin tous les jours.

Désespérée, souffrant constamment de céphalées atroces, ne pouvant plus s'alimenter, car les plaies de la langue rendent le passage des aliments dans la bouche insupportable, la malheureuse a essayé d'attenter à ses jours.

J'avais entendu vanter les bons effets de la solution Laroyenne ; je ne la connaissais pas, mais je trouvai en M. Durel un pharmacien des plus bienveillants, qui voulut bien me donner succintement l'énuméré de quelques-uns des principaux médicaments composant cette solution ; et devant l'échec de toutes les médications tentées en désespoir de cause, je proposai l'usage de cette solution à la famille. Elle fut acceptée et son emploi dépassa toutes nos espérances.

A partir du 1er mars au 1er juin, *pas une seule attaque.* La solution est commencée le 1er mars, la malade était un peu mal entrain, mais elle n'a pas d'attaque ; le mal de tête disparaît au bout de quelques jours, le facies redevient normal, les forces et la confiance en soi reparaissent. La malade peut reprendre ses occupations, sa profession abandonnée depuis longtemps, et ce, *quinze jours* après l'emploi de la solution. Un peu plus on crierait au miracle. La solution a été prise selon les indications de l'inventeur, je n'ai fait qu'en surveiler l'action.

Dans les derniers jours de mai, se croyant guérie, Madame J..... suspend tout à fait la solution, aussi a-t-elle une petite crise le 6 juin, mais crise très légère, ne laissant pas à sa suite les fatigues, la céphalée des anciennes attaques.

Elle s'empresse de reprendre l'usage de la solution, et depuis, pas de nouvelles attaques et nous sommes au 24 juin.

La mémoire, qui avait disparu tout à fait chez cette femme, est revenue. Le tremblement nerveux dont elle était atteinte depuis *cinq ans* a tellement diminué, qu'elle peut écrire et faire les ouvrages les plus minutieux de la profession de blanchisseuse de fin.

J'ai eu l'occasion de conseiller, depuis six semaines, la solution qui m'avait donné un si beau résultat à deux familles qui ont des enfants affectés d'épilepsie.

Chez l'un, la petite P....., de Montroult, les accès qui revenaient tous les huit jours au moins, n'ont pas reparu depuis l'usage de la solution. La famille est ravie.

Chez l'autre enfant, le jeune B....., de Baillot, les crises nerveuses ont sensiblement diminué.

J'apprends qu'un de mes confrères voisins qui a bien voulu essayer à ma demande la solution chez une jeune personne de 17 ans, affectée d'hystero-épilepsie depuis cinq ans, a obtenu des résultats merveilleux.

Je n'ai pas son autorisation pour publier l'observation. Je crois qu'il se propose d'en faire l'objet d'une communication à l'Académie.

En résumé, la Solution Laroyenne essayée en désespoir de cause, chez des sujets dans une situation des plus mauvaises, nous a donné des résultats que j'appellerai merveilleux. Est-ce à dire qu'elle réussira toujours ? Je n'ai pas cette prétention, mais j'en conseillerai l'essai comme du moyen qui jusqu'ici me semble dans ma pratique de près de trente ans, avoir donné les meilleurs résultats.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les salicylates. —1o. L'acide salicylique et ses dérivés peuvent être regardés comme constituant les meilleurs moyens que nous ayons pour contrôler les manifestations articulaires, (douleurs, etc) et l'hyperpyrexie dans le cours du rhumatisme. Leur effet marqué sur l'élément pyrexie ne peut s'expliquer par leur seule puissance antipyrétique.

2o. Tout en contrôlant les douleurs articulaires et l'inflammation, ces médicaments semblent incapables, dans beaucoup de cas, de détruire le virus rhumatismal, comme cela se voit, du reste, par le fait du développement ultérieur de l'endocardite et de la péricardite, ainsi que d'inflammations des tissus fibreux et des séreuses.

3o Le fait que les complications cardiaques seraient plus fréquentes avec le traitement salicylé qu'avec toute autre méthode de traitement a besoin d'être prouvé.

4o Le meilleur mode d'administration de ces médicaments consiste en des doses moyennes fréquemment répétées (toutes les deux heures), de façon à ce que le système soit continuellement tenu sous leur influence; on doit continuer aux mêmes doses durant les dix premiers jours de l'affection et ne diminuer que très graduellement durant toute la période de convalescence.

5o Les effets anémiants possibles des salicylates peuvent être rationnellement conbattus par l'usage des sels de fer administrés soit avant, soit au début même de la convalescence.

6o. Une expérience soutenue au sujet de l'emploi du composé salicylé contenu dans l'huile de pyrole ombellée (*wintergreen*) dans le traitement d'un grand nombre de cas de rhumatisme aigu me confirme dans ma conviction, émise il y a un an, que c'est là un médicament très efficace contre cette douloureuse maladie. De deux drachmes et demie à trois drachmes constituent une bonne dose. On l'administre en capsules, chaque capsule contenant dix minimes de l'huile essentielle.—Dr KINNICUTT, in *N.-Y Medical Record.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Paralysie faciale périphérique.—Clinique de M. le professeur VULPIAN à l'Hôtel-Dieu.—Les deux malades que je vais vous montrer successivement, quoique atteints tous deux de paralysie faciale, présentent cependant certaines différences assez importantes pour que je désire appeler votre attention sur eux.

Le premier est un homme d'une quarantaine d'années chez lequel la paralysie de la face occupe le côté droit avec tous ses signes classiques : effacement des plis du front, diminution du sillon naso-labial, abaissement de la commissure labiale droite, impossibilité de fermer l'œil du même côté, écartement de la narine, légère injection de la conjonctive par défaut du mouvement des paupières. Aujourd'hui la langue est tirée à peu près droite, ce qui n'existait pas il y a trois jours, quand cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu. De plus, la luette est un peu déviée à gauche. Quant à l'ouïe, il y a bien peu de chose, ni hyperacousie, ni paracousie. La narine droite est un peu plus sèche que celle du côté gauche par suite d'un peu d'épiphora. Enfin le goût est modifié dans la moitié droite de la langue.

En résumé, il y a paralysie faciale du côté droit, paralysie datant d'un mois environ, et actuellement encore peu diminuée, paralysie faciale *périphérique* et non *centrale*, comme le prouve du reste son étendue même, comme le prouve aussi l'état de la contractilité faradidique. En effet, chez notre malade, un courant faradique même très fort ne produit absolument rien sur le côté paralysé, mais traverse la figure, pour ainsi dire, pour aller influencer le côté opposé, tandis que les courants galvaniques, au contraire, déterminent des mouvements de la face du côté paralysé et n'ont aucune action sur le côté sain. Un autre élément de diagnostic consiste à répéter sur le malade l'expérience de Straus, c'est-à-dire à faire au malade une injection de pilocarpine ; on voit alors la sécrétion sudorale retardée d'une à deux minutes du côté atteint lorsque la paralysie est périphérique. Enfin, au point de vue du siège de l'altération du nerf facial, nous pouvons dire que le point lésé est très haut placé, en raison même de ce fait que la luette est paralysée dans sa moitié droite ; ce sont les filets nerveux allant au muscle palato-staphylin qui sont atteints, c'est-à-dire les nerfs qui naissent du grand pétreux superficiel. De même pour la langue, les rameaux du stylo-glosse sont lésés, et la paralysie du goût indique que la corde du tympan est également atteinte.

Quant à la cause, elle est assez difficile à expliquer ; il n'y a pas là de syphilis, pas de tumeur intra-crânienne, le malade déclare n'avoir subi aucune impression de froid, et pourtant nous pourrions dire, avec quelque vérité, qu'il s'agit d'une paralysie *a frigore*, sans que cet homme ouvrier serrurier, habitué aux intempéries, se fût aperçu du moindre refroidissement ; nous pourrions le dire, sans oser cependant l'affirmer à cause du siège un peu élevé de la lésion nerveuse.

Le second malade est entré le 13 de ce mois. Il a quarante-six ans, il ne présente d'autres antécédents morbides que des accès de fièvre

intermittente il y a vingt ans. Le début des accidents pour lesquels il est venu à l'hôpital remontait à un mois au moment de son entrée. Ce jour-là, il avait dîné comme d'habitude, à huit heures du soir, et à dix heures il s'était aperçu tout à coup, en buvant une tasse de thé, que le liquide s'écoulait par la commissure labiale gauche. D'ailleurs, point de douleurs, point de céphalée: rien, selon lui, ne saurait expliquer cet accident.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trente-six jours après le début, il existe peu de déviation de la face, la bouche est seulement un peu relevée à droite, l'effacement du sillon labial gauche est peu considérable ; l'œil gauche ne se ferme pas encore très bien et présente un peu de conjonctivite ; il n'y a pas de troubles de l'ouïe, la langue est à peu près droite, la luette n'est pas déviée ; en somme, la paralysie est maintenant peu prononcée. Il est vrai que, pendant près d'un mois, cet homme a été soigné chez lui, qu'il a été électrisé,—d'où cette amélioration.

Chez lui, la paralysie diffère de ce que nous venons de voir tout à l'heure chez l'autre malade, en ce sens qu'elle est moins profonde, moins étendue, et que déjà l'on observe un certain retour des mouvements. Mais chez lui, comme chez l'autre, il s'agit d'une paralysie périphérique, avec cette différence que la corde du tympan n'est pas paralysée non plus que les staphylin et stylo-glosse.

La contractilité farado-musculaire, par contre, est également abolie, tandis que la contractilité galvano-musculaire est aussi conservée, voire même exagérée.

La cause a donc agi sur un point moins élevé que chez le précédent malade ; il est probable que le siège de la lésion se trouve dans l'aqueduc de Fallope. Mais ici encore, cette cause est assez difficile à indiquer avec quelque certitude, le malade déclarant qu'il n'a pas été soumis à l'action du froid, qu'il n'a pas été exposé à des courants d'air. Cependant je l'admets pleinement, mieux même que chez le malade que nous avons vu tout à l'heure, et je crois très bien que le malade ne s'en est pas aperçu. Donc ici encore paralysie faciale *a frigore*, non pas rhumatismale comme d'aucuns l'appellent encore, car il n'y a là rien du rhumatisme, si ce n'est que le froid, qui peut déterminer aussi une poussée rhumatismale, produit dans le cas présent ou dans des cas analogues une inflammation, non pas à la périphérie même du facial, mais dans le canal de Fallope. Or, si le nerf facial se trouve très à son aise dans le conduit auditif interne, il est, au contraire, très serré, très à l'étroit, dans le canal de Fallope, tellement même qu'il serait impossible de faire passer un poil entre lui et les parois du canal. Aussi suffit-il du moindre gonflement inflammatoire du nerf pour que celui-ci soit aussitôt tellement serré, comprimé, qu'il s'altère dans ses fonctions comme s'il avait subi quelque traumatisme ou même comme s'il avait été coupé.

En résumé, ce second malade a une paralysie de moyenne intensité, en voie d'amélioration, comme l'indique très bien chez lui le retour d'un certain degré de tonicité musculaire dans la région paralysée. Néanmoins il lui est encore impossible de faire contracter ses muscles. Ce retour a été même assez rapide, le mal datant de trente-six jours seulement aujourd'hui. Aussi avons-nous l'espérance de le voir bientôt guéri.

En général, le pronostic de la durée des paralysies faciales périphé-

riques, dont nous nous occupons ici, est en rapport avec l'état de la contractilité farado-musculaire. La guérison ne survient guère dans les cas les plus favorables avant six semaines ou deux mois : d'autres fois elle n'a lieu qu'au bout de trois, voire même de quatre mois. Enfin, dans certains cas graves, la paralysie ne se guérit pas, ou bien elle persiste indéfiniment, ou bien, ce qui est plus fréquent, elle se termine par des phénomènes de contracture des muscles paralysés.

Le traitement auquel on doit avoir recours est celui que nous avons employé ici chez nos deux malades, c'est-à-dire l'électricité faradique de préférence à l'électricité galvanique, qui peut donner lieu à des accidents du côté de la vue.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de la diphthérie.—M. le Dr Delthil (de Nogent-sur-Marne) a lu dernièrement à l'Académie de Médecine de Paris, un travail intitulé : *D'un traitement spécifique de la diphthérie.* En voici les conclusions :

1° La combustion d'un mélange de goudron de gaz et de térébenthine dans la proportion de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence de térébenthine, renouvelée toutes les deux ou trois heures suivant la gravité des cas et espacée ensuite suivant l'amélioration produite est une médication spécifique à employer dans la diphthérie.

2° Ces fumigations sont dissolvantes des fausses membranes au premier chef, et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée.

3° Ces fumigations sont parasiticides ou microbicides. Au début de l'affection, elles enrayent la maladie, et quand l'invasion de l'affection ne date que de quelques jours, elles peuvent encore la guérir.

4° Elles rendent éminemment pratique l'opération de la trachéotomie, quand celle-ci devient la suprême ressource, et elles transforment cette opération, de palliative et expectante qu'elle était dans l'immense majorité des cas, en une opération à but bien déterminé et en assurent le succès.

5° Ces fumigations, outre les avantages qu'elles présentent pour les malades, protègent encore ceux qui les approchent. Par leurs propriétés parasiticides, elles éloignent la contagion, elles peuvent donc servir à désinfecter les écoles, les asiles, les établissements publics. Elles sont tout à fait inoffensives par elles-mêmes.

6° Il est facile d'en régler l'usage et de faire disparaître les inconvénients en produisant cette combustion dans un vase tout spécial qui permet le facile dégagement de la fumée.—*Praticien.*

D'un autre côté, le Dr H. Vilandt annonce, dans la *Gazette médicale allemande*, que l'essence de térébenthine en vapeurs est utile dans le traitement et la prophylaxie de la diphthérie et des maladies exanthémateuses. Pour lui, il n'a jamais vu un enfant, atteint d'une de ces maladies, la communiquer aux personnes de son entourage, quand celles ci employaient ce procédé. Dans beaucoup de cas l'isolement était impossible, la mère, étant la seule femme de la famille, était obligée de soigner l'enfant malade et de s'ocuper en même temps de ceux qui étaient bien portants, et allait continuellement de l'un à l'autre.

On verse vingt ou quarante gouttes d'un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et d'acide phénique dans une bouillotte pleine d'eau ; celle-ci est placée sur un feu doux, de telle sorte que

l'air de la chambre du malade soit constamment saturé des vapeurs de ces deux substances. Le Dr Vilandt prétend aussi qu'elles exercent une influence favorable sur l'exsudation dans la diphthérie, cependant qu'elles ne sont pas des agents curatifs et n'excluent pas l'emploi des autres remèdes.—*Paris médical.*

Mort subite pendant la crise hystérique.—M. Humbert Mollière étudie dans le *Lyon médical,* la question de la mort subite dans la crise hystérique, question diversement jugée par les auteurs. La mort subite dans ces conditions, bien que signalée par certains ouvrages, est en réalité extrêmement rare, et la plupart des observations qui ont été citées ne sont nullement démonstratives, car la mort dans ces cas pouvait être attribuée à une lésion du cerveau ou du bulbe, ou à une attaque d'éclampsie puerpérale. Lorsque l'attaque d'hystérie a été la cause première de la mort, c'est en général à des phénomènes dyspnéiques, à une véritable asphyxie que les malades ont succombé. C'est ce qui a été constaté chez la malade que M. H. Mollière a observée. Cette femme paraît n'avoir présenté ses premières attaques qui, du reste, avaient un caractère bien net, que vers l'âge de 56 ans. Ces attaques étaient extrêmement violentes, et quelques-unes s'accompagnaient de la suspension du pouls et de la respiration. A la suite d'une de ces crises, on trouva la malade morte dans son lit. L'autopsie faite avec le plus grand soin fut absolument négative. Ce fait s'ajoute à ceux qu'on a déjà cités pour démontrer que dans tous les cas semblables, la terminaison fatale se rattache à des phénomènes asphyxiques.

En comparant la crise hystérique à un certain ordre de convulsions de même nature, quoique liés à d'autres maladies, on ne doit pas s'étonner que les mêmes causes amènent les mêmes résultats. La mort subite par asphyxie s'observe assez fréquemment dans l'épilepsie ; elle a été signalée dans l'hystéro-épilepsie, et les cas où on l'a vu survenir par le même mécanisme dans la laryngite striduleuse ne sont pas absolument rares. Il n'est pas étonnant que l'exagération du laryngisme, qui est la règle dans la crise hystérique, atteigne un paroxysme susceptible de s'opposer entièrement à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et détermine de la sorte une asphyxie définitive.—*Abeille médicale.*

Traitement de la spermatorrhée et de l'impuissance.—Depuis longtemps ces deux états morbides ont été le sujet des recherches les plus sérieuses au point de vue thérapeutique ; aussi a-t-on préconisé contre eux une foule de méthodes de traitement. Nous croyons être de quelque utilité à nos lecteurs en leur présentant un résumé de ce qu'ont écrit à ce propos quelques-uns des praticiens les plus éminents des Etats-Unis. Nous empruntons ces détails à l'ouvrage du prof. J. W. Howe, d'après le *N. Y. Medical Gazette.*

D'après le prof. S. D. Gross, de Philadelphie, les cas bénins de spermatorrhée peuvent très souvent, après l'ablation de la cause déterminante, guérir spontanément ou par l'effet de mesures fort simples, comme par exemple la régularisation des fonctions digestives, l'exercice à l'air libre, les bains froids et l'usage d'un lit dur. Il ne pratique la circoncision que lorsqu'il y a phimosis, afin d'empêcher l'accumulation de la sécrétion sébacée sous le prépuce, ce qui irriterait le gland. Il

combat la sensibilité anormale des parties par des sangsues au périnée, et une injection astringente et anodine, (acétate de plomb et opium).

La guérison est plus difficile si la maladie est due à la masturbation. Il faut nécessairement alors cautériser l'urèthre. Mais cette cautérisation ne doit atteindre que le siège précis de l'irritation. Celle-ci existe le plus souvent en avant de la portion membraneuse ou au col de la vessie; elle peut siéger aussi à l'ouverture des conduits éjaculateurs ou à l'extrémité antérieure de la crête gallinacée. Une solution de nitrate d'argent. (10 à 20 grs à l'once,) portée sur la région prostatique au moyen d'une seringue *ad hoc* est ce qui convient le mieux. La douleur consécutive est assez considérable. Gross répète l'injection une fois tous les six, huit ou dix jours. Il ajoute à cela les bains de siège froids, mais chez les individus à tempérament nerveux et irritable, il substitue les applications chaudes aux froides. Si le malade est robuste et fort, il détermine une contre-irritation au périnée, au moyen des sangsues, des vésicatoires ou du séton. Lorsque l'urèthre est d'une sensibilité excessive et persistante, une injection froide composée de nitrate d'argent (2 grs) et d'acétate de plomb (5 grs à l'once) feront bien; le sulfate de zinc. l'eau de Goulard sont aussi des agents sur lesquels on peut compter. Une bougie maintenue dans l'urèthre pendant une heure, tous les jours, a fait cesser promptement, dans quelques cas, l'irritabilité du canal.

Les lavements anodins, les opiacés, la belladone, le tartre émétique et le bromure de potassium subjuguent facilement les érections morbides. Usage d'un lit dur; éviter les stimulants, sous quelque forme que ce soit; liberté du ventre; exercice à l'air libre; éviter l'équitation qui a pour effet d'irriter l'appareil génital. Il arrive souvent qu'un changement radical d'occupation et d'habitudes soulage plus que tout le reste.

Quand la prostration nerveuse est considérable, se traduisant par l'insomnie et l'agitation, il faut prescrire les toniques, v. g. la quinine et la teinture de fer, conjointement avec la jusquiame et l'opium. L'acide phosphorique dilué exerce parfois une action salutaire. A-t-on raison de croire que les émissions sont dues à une irritation du cervelet, il faut avoir recours aux sangsues et aux vésicatoires à la nuque, aux douches froides, etc. La lupuline n'a jamais réussi entre les mains du prof. Gross. Il vante le bromure de potassium (20 à 35 grains) combiné à quelques gouttes de teinture d'aconit et à l'eau camphrée; le bromure d'ammonium convient aussi admirablement à ces cas.

Lorsque, grâce au traitement précédent, le système général et l'appareil sexuel ont repris leur vigueur normale, le meilleur préventif contre les rechutes est le mariage. Sur ce point cependant on ne saurait prendre trop de précautions.

Van Buren et Keyes préfèrent le traitement moral au traitement purement médical. Pour eux, la spermatorrhée dépend souvent de la non satisfaction des désirs sexuels que le malade a essayé de satisfaire au moyen de la masturbation; avec cela le sujet souffre de névralgie du col vésical et d'hypochondrie. Ces auteurs cherchent à réveiller chez le patient les sentiments moraux et religieux et l'exhortent à la continence d'abord, puis au mariage. Ils combattent les émissions diurnes par les astringents locaux, l'usage des bougies métalliques et l'électricité, les pollutions nocturnes par les mesures hygiéniques: sommeil sur un lit dur, etc. comme les prescrit du reste le prof. Gross.

S'il y a sensibilité excessive du gland, ils pratiquent la circoncision. Les injections dont il vient d'être parlé se font généralement au tannin, une ou deux fois la semaine, suivant l'effet produit. Si cet effet tarde à se montrer, on a recours à des injections au niveau de la prostate (nitrate d'argent, 5 à 10 grains à l'once). Ils rejettent les cautérisations au nitrate d'argent, telles que préconisées par Lallemand, et qui auraient pour effet secondaire d'oblitérer l'orifice des conduits éjaculateurs.

Bartholow est partisan des cautérisations et des injections astringentes. Parlant des antiaphrodisiaques, il a peu de confiance dans le camphre dont l'action est incertaine, de même que celle du lupulin. Pour lui, le conium et la belladone sont plus sûrs, pourvu qu'on les administre à dose convenable. Mais le plus efficace et le plus certain des antiaphrodisiaques est le bromure de potassium.

En certains cas on peut être obligé de prescrire des médicaments aphrodisiaques. La teinture de cantharides peut rendre des services dans les cas où il y a beaucoup d'atonie, hypersécrétion muqueuse, pollutions diurnes, faiblesse des érections et absence de désirs sexuels.

Elle est contre-indiquée quand il y a hyperesthésie de la portion prostatique de l'urèthre. On peut en neutraliser autant que possible les effets irritants, en la combinant à l'opium, au chanvre indien ou à la chlorodyne. Le phosphore rouge ou amorphe peut aussi être donné dans ces circonstances. La noix vomique s'adresse aux cas où il est indiqué de rendre aux organes génitaux l'activité fonctionnelle plus ou moins compromise par l'usage des antiaphrodisiaques. Le cimicifuga a rendu des services à Bartholow, de même que le courant galvanique et l'électricité statique. Quand l'éjaculation est trop hâtive et s'accompagne d'érections faibles, il faut faire usage des toniques : fer, quinine, amers, etc. Avec cela, les mesures hygiéniques déjà vues.

(*à suivre*)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des abcès chauds et de leur traitement.—Clinique de M. Nicaise à l'hôpital Laennec.—Un abcès chaud est une collection de pus dans une cavité accidentelle ; telle est la définition ordinaire, bien qu'elle ne soit pas acceptée par tout le monde, d'autres chirurgiens ajoutant " ou dans une cavité naturelle," comprenant ainsi dans les abcès chauds les abcès de la plèvre, les collections purulentes des articulations, etc. Il y a cependant, selon moi, une distinction bien nette à établir entre eux et je préfère certainement la première définition.

Un abcès est-il une maladie, une entité pathologique, ou bien un mode de terminaison de l'inflammation du tissu cellulaire, du phlegmon ?

Je ne vous ferai pas ici la description du tissu cellulaire, dont chacun des éléments joue un rôle particulier dans le phlegmon et la formation du pus.

Dans l'inflammation du tissu cellulaire, nous devons considérer quatre phénomènes principaux, tous quatre d'intensité variable, et trois périodes. Les phénomènes sont : 1° la formation de cellules embryon-

naires par la prolifération du tissu conjonctif ou la sortie des globules blancs à travers les vaisseaux ; 2° la fonte des fibrilles du tissu conjonctif; 3° la formation d'un exsudat séreux, muqueux et fibrineux, provenant des vaisseaux; enfin, 4° la formation de vaisseaux nouveaux.

Quant aux trois périodes, ce sont: 1° l'œdème aigu inflammatoire; 2° une période d'état ou d'empâtement; 3° résolution, induration ou suppuration.

Première période.—Elle débute par une certaine tuméfaction ; la peau est soulevée, rouge, se laissant déprimer passagèrement sous le doigt; le tissu cellulaire est mou, gélatineux, et son inflammation présente les quatre phénomènes que nous venons d'indiquer, si ce n'est que l'exsudat est séreux ou à peine fibrineux, très dilué. L'inflammation progresse et arrive à la période d'état.

Deuxième période.—Dans cette seconde période, la peau ne se laisse plus déprimer; mais, au niveau des points enflammés, on sent une plaque dure, résistante, un certain empâtement s'accompagnant des symptômes de toute inflammation, c'est-à-dire tuméfaction, rougeur, chaleur, douleur, puis arrive la troisième période.

Troisième période.—Nous laissons ici de côté l'induration et la résolution pour ne nous occuper que du phlegmon se terminant par suppuration, c'est-à dire de l'abcès proprement dit. Les phénomènes locaux et généraux se modifient. La tuméfaction, de plate qu'elle était, devient conique, présentant une saillie qui correspond au point où le travail inflammatoire est le plus avancé. La rougeur diffuse de la première période diminue sur les bords pour se manifester surtout au centre ; elle devient violacée, marbrée. La plaque se ramollit aussi à la partie centrale, tandis qu'elle reste encore indurée à la périphérie ; puis l'œdème reparaît autour des parties ramollies et même à leur surface.

Cet œdème joue un certain rôle dans le diagnostic des abcès profonds, de telle sorte que, alors même que l'on ne percevrait aucune fluctuation, sa présence autoriserait à conclure à la suppuration du phlegmon. Enfin un autre signe important de cette terminaison du phlegmon nous est fourni par la douleur. En effet, celle-ci change de caractère et devient pongitive, pulsatile, à battements isochrones à ceux du cœur.

Ainsi donc, la troisième période est caractérisée par la forme conique, la rougeur centrale, l'œdème de retour, le ramollissement de la partie centrale et les douleurs pulsatiles.

Quant aux phénomènes généraux, ce sont ceux de toute fièvre inflammatoire simple : élévation de la température, accélération de la circulation et de la respiration, troubles digestifs, céphalalgies, insomnies, urines rares, foncées. Si la suppuration se fait, la fièvre est plus vive, la température oscille du matin au soir, il survient de petits frissons irréguliers, erratiques,—je parle, bien entendu, du phlegmon simple, traumatique, et non pas du phlegmon septique. Puis, dès que le pus est formé, collecté, sans que l'abcès soit ouvert, il se produit une amélioration, une détente générale dans les symptômes locaux et généraux : le malade ne souffre plus; aussi arrive-t-il fréquemment alors qu'il se refuse à toute opération ayant pour but de donner issue au pus.

Dès que l'abcès est constitué, son contenu tend fatalement à se porter au dehors par une sorte d'expansion. Cependant il peut se terminer de différentes façons, soit par résorption, soit par évacuation.

S'il se termine par résorption, ce qui est le cas le moins fréquent, les phénomènes inflammatoires s'arrêtent, la peau perd sa couleur, la tuméfaction diminue et les choses rentrent dans l'ordre normal.

Cette terminaison, assez rare, n'est pas avantageuse, car il reste alors un noyau d'induration chronique, qui peut être ultérieurement le point de départ d'une nouvelle suppuration.

Mais, le plus souvent, les abcès que nous décrivons ici se terminent par évacuation, soit spontanée, soit artificielle. Lorsque, l'abcès ouvert, le pus s'est écoulé, qu'arrive-t-il ? Il n'est pas nécessaire que la suppuration continue pour que la guérison se fasse. Si la zone d'empâtement a tout à fait disparu, si l'abcès était complètement mûr, selon une vieille expression, la réunion peut se faire par première intention, physiologiquement, sans nécessiter aucune intervention. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Lorsque la réunion a lieu par seconde intention, des bourgeons charnus se forment et se développent à la face interne de l'abcès, suppurent, remplissent peu à peu le foyer et s'accolent.

Quant au diagnostic de l'abcès, il est rendu très facile par la présence de la fluctuation, soit par la percussion de la tumeur, soit par la palpation. Les muscles, dans certaines régions du corps et notamment à la cuisse, pouvent donner lieu aussi, sous une pression transversale, à la sensation d'une fluctuation ; mais celle-ci sera facilement reconnue fausse, par cela même qu'elle disparaîtra chaque fois que la main pressera dans l'axe du membre. Il est donc nécessaire de chercher la fluctuation dans tous les sens, pour s'assurer qu'elle existe réellement et qu'elle est le résultat d'une tumeur liquide.

Les abcès sont parfois si petits que la fluctuation n'est pas nettement appréciable ; cependant, on sent toujours un certain défaut de résistance à la pression ; de plus, quand on a suivi l'évolution d'un phlegmon, le palper permet de reconnaître, à un moment donné, au centre de la tuméfaction, un point ramolli précédant la fluctuation du liquide purulent qui n'est pas encore collecté. Enfin, dans le cas où le doute persisterait encore, une ponction simplement exploratrice éviterait toute erreur de diagnostic.

Dans le traitement des abcès, doit-on attendre l'ouverture spontanée de la tumeur, ou faut-il intervenir chirurgicalement ? Pour moi, je crois utile de procéder à son ouverture. Autrefois, on attendait que l'abcès fut mûr : cette manière de voir me paraît inutile. Dès que la collection purulente est reconnue, il est préférable d'en faire l'incision prématurée, et, grâce à cette intervention, la lésion durera moins longtemps, le décollement de la peau sera moindre également.

Il y a, du reste, certaines régions où l'incision doit être pratiquée même avant toute fluctuation, dès que le ramollissement central de la tumeur est constaté ; tels sont, par exemple, les phlegmons du périnée, afin de parer au décollement rapide qui se fait en ce point avec la plus grande facilité. Il en est de même des abcès de l'aisselle, qu'il faut savoir aussi ouvrir de bonne heure.

L'ouverture des abcès se fait avec le bistouri, en un seul temps si la tumeur est superficielle, en plusieurs temps, c'est-à-dire en incisant les tissus couche par couche, si la collection du pus est profondément située, comme dans les abcès de la fosse iliaque. Quant au pansement, on le fait de façon à permettre une certaine suppuration, en laissant

l'ouverture béante, en recouvrant la plaie de cataplasmes. Mais la suppuration n'est pas absolument nécessaire, puisque nous voyons quelquefois la réunion se faire spontanément par première intention.

Il faut savoir distinguer entre eux les abcès avec ou sans zone d'empâtement. Dans les premiers, il est nécessaire que le pus se fasse jour. Aussi tout d'abord n'avais-je employé la méthode antiseptique que dans les abcès sans zone d'empâtement, c'est-à-dire incision antiseptique, évacuation du pus, injections phéniquées au vingtième, drain très court entre les lèvres de la plaie et pansement de Lister. J'arrivais ainsi presque constamment à la réunion par première intention en quelques jours.

Quant aux abcès avec zone d'empâtement, voici quelle était ma manière de procéder : incision antiseptique, évacuation du pus, lavages phéniqués au vingtième, cataplasmes phéniqués remplaçant le pansement de Lister, afin de diminuer la durée de la suppuration. Mais, dans ces derniers temps, j'ai supprimé le cataplasme phéniqué pour appliquer le pansement de Lister, comme dans la première variété. Je n'ai pas obtenu, il est vrai, la réunion par première intention, mais l'écoulement séro-purulent a été de plus courte durée.

Il y a donc intérêt véritable à appliquer la méthode antiseptique aux abcès chauds.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des fractures compliquées de plaies, par le Dr Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce.—Une série de résultats favorables que nous venons de constater dans des cas de fractures graves, traitées par l'appareil de M. Paul Berger, nous engage à signaler les avantages de cet appareil dans le traitement des fractures par coups de feu et des fractures accompagnées de lésions étendues des parties molles.

Nous avons vu pour la première fois, en 1882, à la clinique de la Charité, appliquer cet appareil sur un adulte qui avait la jambe droite fracturée en plusieurs endroits, avec de larges plaies occasionnées par le passage d'une roue d'omnibus. Cette fracture, qui réunissait les conditions les plus fâcheuses et semblait indiquer une amputation immédiate, se consolida parfaitement sous l'appareil, et les plaies se cicatrisèrent si régulièrement que, le trentième jour, au moment où on enlevait l'appareil pour la première fois, il ne restait qu'une plaie recouverte de bourgeons charnus de bonne nature.

Depuis cette époque, nous avons vu appliquer plusieurs fois cet appareil sur des fractures ouvertes, et toujours avec le même succès; enfin nous avons eu l'occasion de l'employer au Val-de-Grâce sur une fracture de jambe compliquée de plaie.

L'accident, dû à un coup de pied de cheval, datait de la veille. La fracture occasionnait des douleurs vives, un épanchement de sang abondant augmentait la tuméfaction du membre, la température s'élevait à 35°,5. Une plaie contuse, large de 3 centimètres environ, due au choc du fer, mettait à jour le foyer de la fracture. Malgré ces conditions défavorables, l'emploi de l'appareil de Berger donna lieu à une rémission rapide des symptômes inflammatoires, les douleurs cessèrent dès le soir et la fièvre tomba dès le lendemain.

Quinze jours après, l'appareil ayant été enlevé, nous pûmes constater que le foyer de la fracture était recouvert de bourgeons charnus et que la réduction était parfaite.

La consolidation se fit régulièrement et le blessé put sortir de l'hôpital trois mois après son entrée, ne présentant aucun raccourcissement et n'ayant souffert d'aucun accident de voisinage.

En somme, dans ces différents cas, nous avons été frappé: 1° de l'immobilisation absolue obtenue par l'application de cet apppareil; 2° de la bénignité des symptômes locaux et généraux; 3° des résultats excellents constatés à l'ouverture de l'appareil.

Il est encore une autre considération qui a la plus grande importance en chirurgie d'armée: cet appareil, comme celui qu'avait imaginé Larrey, peut rester en place jusqu'à la consolidation de la fracture; il prévient l'inflammation et le gonflement; de plus, la sérosité sanguinolente qui se dessèche dans le pansement se durcit et le rend en quelque sorte imperméable, ce qui contribue à l'occlusion et à la guérison de la plaie protégée contre toutes les causes infectieuses.

Il se compose d'une première enveloppe constituée par un pansement de Lister complet. Ce pansement, appliqué immédiatement sur le segment de membre fracturé, le recouvre dans toute son étendue; il assure déjà l'antisepsie, et de plus il forme une cuirasse suffisamment résistante pour contenir les fragments.

Sur cette première enveloppe est enroulée une couche d'ouate, assez épaisse et assez large pour bien entourer le membre.

Pour fixer cette ouate, on dispose de larges compresses comme pour la confection d'un appareil de Scultet, on les imprègne d'alcool camphré et, pour faciliter leur application, on étale préalablement sur la partie antérieure du rouleau d'ouate qui garnit le membre, une grande compresse mouillée qui représente la compresse tibiale.

Ces compresses étant successivement entre-croisées, de manière à exercer une compression assez énergique, il suffit d'ajuster par-dessus le drap fanon, les attelles et les coussins de l'appareil de Scultet, et de fixer le tout avec des lacs élastiques et à boucle, pour obtenir une contention exacte du membre fracturé.

La couche d'ouate assure doublement l'antisepsie; elle maintient une température constante autour de la blessure, exerce une compression douce et uniforme, modère le gonflement du membre, et par son élasticité maintient les parties.

Sous cet appareil, les douleurs cessent, la réaction inflammatoire perd de son intensité, la réparation marche régulièrement sans menace d'infection purulente. Si la température prise matin et soir ne tend pas à s'élever, si le membre reste dans une bonne situation, les pièces ainsi disposées peuvent rester près de trente jours en place. Pour plus de tranquillité, on pourrait dès le quinzième jour ouvrir l'appareil et examiner si les fragments sont bien en rapport et s'il ne s'est rien produit d'anormal au voisinage de la fracture.

Pour appliquer méthodiquement cet appareil, on prépare préalablement les pièces qui le constituent, comme s'il s'agissait d'un appareil de Scultet:

1° Le drap fanon suffisamment large;

2° Sept ou huit compresses imbriquées, assez larges et assez longues pour entourer le membre enveloppé d'ouate;

3° Une feuille d'ouate d'une largeur suffisante;

4° Un pansement de Lister composé de huit feuilles de gaze phéniquée, avec mackintosh interposé.

Tout étant ainsi superposé, on choisit trois attelles et les coussins correspondants, enfin des lacs élastiques à boucle.

Pour l'application, on procède encore comme pour le Scultet. La réduction de la fracture étant obtenue, le membre étant soulevé avec les précautions ordinaires, on glisse au-dessous l'ensemble des pièces disposées à l'avance; on applique successivement le Lister, l'ouate, les compresses: on enroule les attelles dans le drap fanon, puis on interpose les coussins (il est bon de coudre l'extrémité inférieure des coussins latéraux qui passe sous la plante du pied); on termine alors en bouclant les lacs.

D'après Sédillot (*Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires*, mai 1871), " la méthode de Larrey offre des indications que l'on n'a pas assez étudiées; elle mérite d'être particulièrement méditée, car elle est fondée sur les conditions les plus rationnelles, et elle devrait de nouveau être essayée dans la chirurgie d'armée."—C'est dans ce but que nous croyons utile de recommander l'appareil de Berger, qui, conçu d'après les principes de la méthode de Larrey, et réunissant les conditions antiseptiques les plus parfaites, donne des résultats excellents, est d'une application facile et coûte réellement fort peu, puisqu'il est rarement renouvelé.

La valeur du pansement de Lister est de 2 francs; celle de l'ouate, de 1 franc. Les compresses, le drap fanon, les coussins, les attelles et les lacs, destinés à un long usage, peuvent être mis hors de compte.

L'appareil de Scultet ainsi modifié pourra être employé dans le traitement des fractures compliquées de la jambe, de la cuisse, de l'avant-bras ou du bras lorsqu'il n'existera pas d'accidents nécessitant une surveillance continuelle.

A défaut de gaze phéniquée, on aura recours à l'appareil de Scultet ouaté, tel qu'il est employé par M. Théophile Anger. Ce chirurgien, après avoir appliqué les bandelettes préalablement imprégnées d'alcool pur, dispose autour du membre une épaisse couche d'ouate qu'il maintient avec une nouvelle série de compresses, et il fixe le tout comme un bandage de Scultet.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Traitement des ulcères des jambes.—M. Fraipont signale dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège* un procédé préconisé par Pearson (de Glasgow) sous le nom de méthode de pansement sec, dans les cas d'ulcères très étendus des jambes. Dans les premiers temps il nettoie l'ulcère en faisant chaque jour des enveloppements humides à l'eau borique. Puis il applique dessus de la gaze trempée dans une solution d'acide borique à 4 pour 100. Celle-ci est recouverte d'une compresse enduite de pommade à l'oxyde de zinc. Deux doubles de compresses, un morceau de mackintosch et la bande terminent le pansement. Après trois jours, on renouvelle. Quant la cicatrisation est en bonne voie, la compresse à l'oyxde de zinc est remplacée par une compresse sèche. Ce pansement est à la fois antiseptique et irritant, ce qui est très favorable pour les bourgeons charnus.

Depuis quelques mois, M. le professeur Von Winiwarter a fait inaugurer, à la clinique et à la policlinique chirurgicale de l'Hôpital de Bavière, un mode de pansement qui, jusqu'ici, a donné de très bons résultats. Si les ulcères sont enflammés ou si les bords en sont calleux ou indurés ou si le fond n'a pas grande vie, on commence par faire des

enveloppements humides avec le liquide de Burow pendant quelques jours, en recommandant aux patients de ne pas marcher. Habituellement l'aspect de la lésion se modifie très vite, le fond commence à bourgeonner. Alors après avoir bien nettoyé la jambe, on la sèche très convenablement et on recouvre la perte de substance d'une bonne couche de collodion élastique iodoformisé à 10 pour 100, en ayant soin de l'étendre à trois centimètres au delà des bords. En soufflant dessus ou en attendant quelques minutes, il se forme une croûte sèche, imperméable, qui est à la fois antiseptique et protectrice et sur laquelle on applique un petit morceau de gaze iodoformisée, qu'on fait tenir au moyen d'une bande de toile souple et fine, roulée et serrée convenablement depuis les orteils jusqu'au genou. On complète le pansement au moyen d'une bande de tarlatane amidonnée qui le recouvre en entier et qui en sèchant constitue une coque rigide qui serre et emprisonne la jambe et permet aux patients de vaquer à leurs occupations. Ce pansement reste appliqué de 3 à 4 jours, quelquefois 5, quand les ulcères sont petits. Les résultats obtenus jusque maintenant ont été aussi beaux et aussi rapides qu'avec la bande élastique simple. Le pansement a sur celle-ci l'avantage de se faire rarement.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

Traitement local anti-parasitaire de la blennorrhagie uréthrale, par M. P. Diday.—Il faut assurément que les injections soient un admirable remède pour que, faites comme on les fait selon les règles de l'art actuel, elles guérissent dans quelques cas ! Lancer trois fois par jour sur la surface malade un jet de liquide qui, à chaque opération, y séjourne à peine cinq minutes, quel résultat pouvait-on attendre, et de fait quels résultats obtient-on de topiques qui, leur nom l'indique, ne sauraient agir qu'à la condition de toucher, et auxquels on donne à peine le temps d'effleurer ?

Depuis qu'on pressent la nature parasitaire de la blennorrhagie, depuis surtout que M. Ernest Besnier nous a montré cette espèce de parasite se riant en quelque sorte de la médecine, au sein des tissus où il semble défier qu'on l'atteigne sans détruire la trame vivante qui lui sert de refuge, les vieux errements thérapeutiques doivent céder le pas à de nouveaux principes.

Or, ces principes ont à viser à la fois deux choses : 1° la nature ainsi que les mœurs du parasite ; 2° la structure ainsi que le fonctionnement de l'urèthre. En d'autres termes, pour trouver un bon agent parasiticide, il faut considérer sa mise en rapport avec le microbe et sa mise en rapport avec les tissus vivants.—Quant au premier point de vue, le liquide parasiticide ayant affaire non à un être isolé, mais à une colonie dont les membres se reproduisent, doit agir, et agir sans interruption, pendant un laps de temps que, *à priori* et approximativement, je crois pouvoir évaluer à 5 ou 6 heures.

Se proposant non pas de détruire d'un seul coup l'ennemi (ce qui ne s'obtiendrait pas sans danger), mais, en quelque sorte, de l'intoxiquer par degrés, l'agent parasiticide doit être employé à doses progressives. Si, par exemple, on adopte une solution de sublimé, elle sera, pour commencer, à 1/10,000 (proportion dont les spécialistes connaissent déjà les effets par expérience).

Au point de vue de sa mise en rapport avec l'urèthre, le liquide parasiticide a à remplir les trois conditions suivantes :

Porter sur toute la partie du canal qui est malade ;

Ne pas se borner à passer sur ce canal, mais le distendre à un certain degré ;

Y séjourner d'une manière non pas intermittente, mais continue, pendant la durée du temps que j'ai indiquée ci-dessus.

L'appareil instrumental destiné à remplir ce programme n'est autre que l'irrigateur ordinaire, dont la canule en os est coiffée d'une canule de gomme élastique longue et effilée.

L'irrigateur, rempli de la solution de bichlorure, est placé, tout monté, sur une table. Le malade, assis à côté, s'introduit la canule dans l'urèthre, à 6 centimètres environ de la profondeur ; plus loin, au moyen d'une sonde, dans les cas où l'on voudrait injecter l'arrière-canal. Cela fait, il ouvre le robinet par un mouvement lent et bien ménagé. Dès qu'il sent que le liquide entre dans le canal, mais sans y être lancé trop fort, il arrête à ce point la plaque qui détermine le degré d'ouverture du robinet.

Mais si l'on s'en tenait là, comme le liquide sort entre la canule et la paroi uréthrale, et sort à mesure qu'il entre, on n'obtiendrait qu'un *lavage* de la surface ; on n'aurait pas cette distension modérée du canal, qui est une des conditions du succès, et que, même avec les injections ordinaires, médecins et clients s'appliquent aujourd'hui à réaliser.

Pour effectuer cette distension, le malade n'a qu'à serrer du pouce et de l'index droits le gland sur la canule, en fermant de l'autre main le robinet. Et il garde cette situation, je veux dire cette injection, quelques minutes. Puis, rouvrant le robinet et lâchant le gland, il recommence à laisser pendant quelques minutes le liquide entrer et sortir. Il alterne ainsi, avec la plus grande commodité, les séances de lavage et les séances de rétention du liquide.

Mais ce n'est pas tout. Le liquide parasiticide doit être graduellement augmenté de force. Il serait téméraire de vouloir fixer *à priori*, d'une manière générale, les degrés de cette augmentation, et le degré de concentration finale. Je puis seulement dire qu'on satisfera aisément à cette indication essentielle en versant dans l'irrigateur, chaque fois qu'on a à le remplir de nouveau, une solution très faiblement accrue mais cependant accrue de dose de sublimé.—*Lyon médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Diagnostic et traitement de l'éclampsie.—Clinique de M. le professeur PAJOT.—Nous avons vu ensemble, dans l'une des petites salles, une femme qui nous a été portée étant enceinte de six à sept mois. C'est une primipare.

Elle nous est arrivée ayant la face noire, de ce noir bleuâtre que l'on observe chez les noyés exposés à la Morgue. Les lèvres avaient un volume deux ou trois fois plus considérable que celui qu'elles ont maintenant.

Cette femme avait été prise de cette abominable maladie qu'on a appelée l'Eclampsie.

Pour ce qui me regarde, c'est bien là la maladie que je crains le plus, car il faut bien reconnaître que la thérapeutique de l'éclampsie est encore à trouver.

J'ai donné, il y a quelques années, pour sujet de la thèse de concours pour l'agrégation faite par M. Charpentier : " L'exposé comparatif des traitements de l'éclampsie." Cette thèse est fort bien faite, mais en la lisant on ne peut que se confirmer dans cette opinion que le traitement de l'éclampsie est toujours à trouver, ainsi que je viens de vous le dire.

En dix années, à l'ancienne clinique, j'ai vu 26 cas d'éclampsie sur lesquels j'ai eu 12 morts. Vous voyez donc bien que c'est une maladie très redoutable, d'autant que les statistiques des auteurs sont encore moins favorables que la mienne. Ainsi Velpeau, sur 21 cas, a eu 12 morts; et Mauriceau dans ses très intéressantes *observations*, en cite 42 cas sur lesquels il a eu 21 morts.

Je ne crois pas que, depuis Mauriceau, la thérapeutique ait beaucoup avancé les choses.

L'attaque d'éclampsie a beaucoup de rapports avec l'attaque d'épilepsie; ces deux maladies se ressemblent énormément, avec cette différence cependant que la présence de l'albumine dans l'urine est un fait rare dans l'épilepsie, tandis qu'il est ordinaire dans l'éclampsie.

On peut encore confondre l'éclampsie avec un autre état. Je m'y suis trompé moi-même une fois rue Servandoni.—Une femme était tombée sur le pavé et, lorsque je m'approchai d'elle, elle était dans le coma. Comme elle était dans un état de grossesse avancée, je pensai tout de suite à l'éclampsie. Je la fis prendre et transporter aussitôt à la clinique. En m'approchant de la malade, je sentis une atroce odeur d'alcool qui m'inspira des doutes sur son état, et le lendemain, à la clinique, nous nous assurâmes que cette femme n'avait pas d'éclampsie du tout, mais qu'elle avait un *accès* d'ivrognerie.

Une autre maladie, la grande hystérie, peut encore être confondue avec l'éclampsie.

Il y a des années, je fus appelé en toute hâte auprès d'une malade. On me conduisit dans un atelier de sculpteur, où je trouvai une grande et belle femme couchée par terre et maintenue... autant que possible, par quatre jeunes gens qu'elle repoussait et envoyait rouler à six pas au moment de ses convulsions.

On aurait pu prendre, au premier abord, cet état pour de l'éclampsie; mais avec un peu de pratique on ne s'y trompe pas. Je me rendis, bien entendu, immédiatement compte de ce qui en était et je fis cesser l'attaque. Savez-vous comment? Tout simplement en faisant couler trois ou quatre seaux d'eau fraîche sur la figure de la malade. J'avais eu le soin de faire avancer la tête en dehors du matelas sur lequel elle était étendue et lorsque j'eus fait passer cette quantité d'eau sur la figure de la jeune femme. le calme était revenu, l'attaque avait cessé.

On peut se tromper à première vue entre les deux maladies; mais il n'y a pas de rapports réels entre l'éclampsie et l'hystérie.

L'attaque éclamptique dure une minute, deux minutes, trois ou au plus quatre.—Elle ne saurait durer plus longtemps, parce que la respiration étant suspendue pendant l'attaque, la malade succombe si la crise se prolonge.

L'attaque est suivie d'une période de coma, dont la durée est variable, et le coma lui-même est suivi d'une période de repos.

Après ce repos, survient une nouvelle attaque, suivie en général d'un coma plus long que le premier et ensuite d'un repos plus ou moins long, suivant les circonstances.

A mesure que l'état devient plus grave, les attaques se rapprochent, jusqu'au moment où il n'y a pas d'intervalle de repos entre le coma et la nouvelle attaque, de telle sorte que tout se résume en une suite non interrompue d'attaques succédant au coma et de comas succédant à l'attaque.

S'il n'y a pas d'amendement dans cette marche de la maladie, l'état de l'éclamptique est fort grave et il est rare que, dans ces cas là, la femme ne succombe pas.

L'éclampsie est spéciale à la primiparité. Ainsi, sur dix éclamptiques, on compte 8 à 9 primipares pour une à deux multipares. Cependant j'ai observé, dans ma pratique, un certain nombre de cas d'éclampsie survenue chez des multipares, mais c'est toujours là une exception.

La maladie survient très rarement dans la première partie de la grossesse. Toutefois, j'ai donné des soins à une femme qui avait eu une attaque éclamptique six semaines après la conception, et qui, d'après les renseignements précis que me donna le mari, en aurait eu une immédiatement après les premiers rapports. Cette première attaque n'aurait duré que fort peu de temps ; mais aux renseignements précis qui me furent fournis par le mari, je crois qu'il n'y a pas de doutes à avoir sur le fait en lui-même.

Si nous voulons prendre une moyenne pour classer la fréquence de l'éclampsie, suivant les époques de la grossesse, prenons un nombre déterminé de cas, 200 par exemple ; nous trouverons que sur ces 200 cas, l'éclampsie ne s'est produite que 1 fois ou même pas du tout dans la première moitié de la grossesse ; 55 fois avant le travail ; 100 fois pendant le travail et 45 fois après le travail.

Ces chiffres bien tranchés resteront dans votre mémoire beaucoup plus sûrement que les chiffres donnés par les statistiques à nombre total variable ; et la proportion que je vous indique est le résultat exact du relevé d'un très grand nombre d'observations d'éclampsie.

Les causes de l'éclampsie sont, il le faut bien avouer, absolument inconnues. Nous passerions en revue toutes les théories plus ou moins cherchées qui ont été faites, que nous n'en serions, au bout du compte, pas plus avancés.

Je ne m'étendrai donc pas là-dessus et je m'empresse de passer au traitement.

Vous arrivez, par exemple, auprès d'une femme qui a un accès éclamptique. Vous prenez tout d'abord vos renseignements. Y a-t-il eu plusieurs accès ?

Vous devez toucher le pouls. Est-ce une femme à gros pouls ? C'est le cas ordinaire.—Il est à remarquer, en effet, que les éclamptiques sont en général de belles femmes, au port majestueux, au cou puissamment attaché.

Lorsque, dans mes cours particuliers, je parlais de l'éclampsie, je faisais ces mêmes observations à mes élèves et je leur donnais comme terme de comparaison le portrait de Marie-Antoinette, qui me semblait réunir les apparences les plus évidentes de la femme disposée à l'éclampsie. Le portrait de Marie-Antoinette m'avait frappé à ce point de vue, mais je ne savais pas du tout, alors, si cette reine avait ou non été sujette à l'éclampsie.

Quelle ne fut pas ma surprise, il y a quelques années, de lire dans

l'histoire écrite par M. de Lescure, que Marie-Antoinette avait été atteinte d'éclampsie à sa première couche.—Cela ne faisait que confirmer mes observations.

Comme traitement, on a beaucoup préconisé la saignée. On a dit que je suis absolument opposé à ce mode de traitement. La chose n'est pas d'une exactitude absolue. Je suis, en effet, l'ennemi acharné de ces saignées à outrance, du traitement de Dubois, continué par Depaul, parce que j'ai malheuseusement vu un certain nombre de malades qui ont succombé à ce traitement barbare; mais je trouve fort raisonnable qu'on tire à une éclamptique 300 ou 400 grammes de sang si elle est congestionnée. Vous avez appris, du reste, que ce traitement—et je l'ai entièrement approuvé—a été suivi pour notre éclamptique d'aujourd'hui.

Donc, vous pouvez faire une petite saignée au bras; et, pendant l'attaque, vous devez avoir le soin de faire rentrer la langue dans la bouche, afin que dans la contraction brusque des mâchoires, cette langue ne soit pas mordue. Quelques médecins ont le soin de placer entre les dents de l'éclamptique un bouchon de liège, attaché par un lien quelconque, afin que la malade ne soit pas exposée à l'avaler.

Ne contenez pas la femme, empêchez-la seulement de tomber.

Comme traitement interne, vous parlerai-je des lavements drastiques (une goutte d'huile de croton) que donnent certains praticiens ? du chloroforme que depuis trente ans j'ai employé et vu employer sans succès ?

On a préconisé aussi le choral, contre lequel je n'ai rien à dire. On peut l'employer, c'est fort raisonnable ; et, il faut bien le dire, au point de vue de la famille elle-même, on est bien obligé d'essayer de faire quelque chose.

Mais tous ces traitements-là ont bien peu d'action.

Celui qui vaut beaucoup mieux que tout cela est le traitement obstétrical, dont le succès est démontré par cent ans de pratique.

Le traitement de l'éclampsie, disait Dubois, consiste à débarrasser l'utérus de ce qu'il contient, *sans employer aucune violence.*

Tel est, en somme, le résumé du traitement à opposer à l'éclampsie.

Ainsi que je vous l'ai dit, chez la femme qui fait le sujet de cette clinique, M. Doléris a fait une saignée au bras, et je l'ai approuvé !

En général, l'éclampsie qui survient après l'accouchement m'a paru moins grave; mais, dans ce cas, vous ne pouvez faire que le traitement médical.

J'ai vu Velpeau ordonner l'opium à haute dose pour l'éclampsie après l'accouchement et, ce qui va vous étonner, guérir, malgré cela, sa malade.

Je n'ai pas de conseil certain à vous donner pour le traitement de l'éclampsie après l'accouchement.

Un dernier mot avant de terminer: je ne suis pas partisan de l'accouchement provoqué dans le cas d'éclampsie, parce qu'il faut, en général, trois ou quatre jours pour parvenir à obtenir un résultat, et qu'en vingt-quatre ou quarante-huit heures au plus, l'éclampsie est une maladie jugée dans un sens ou dans l'autre; seulement, si le travail se déclarait avant terme, il faudrait le laisser marcher, le favoriser. C'est ce qui peut vous arriver de plus heureux, c'est la meilleure pratique que vous puissiez faire.—*Praticien.*

De l'action du salicylate de soude sur l'utérus.—Les conclusions du travail de M. le docteur Balette méritent de fixer l'attention et demandent à être rapportées tout au long. Voici ces conclusions :

Le salicylate de soude, à dose thérapeutique ordinaire, calme les douleurs de la dysménorrhée, sans doute en vertu de son action sédative sur le système nerveux central.

Il *parait activer les règles*, et, dans quelques cas, provoquer leur réapparition.

Dans quatre observations rapportées par l'auteur, la médication par le salicylate de soude à doses élevées a été suivie d'avortement (deux fois au bout d'un jour et demi, une fois au bout de deuxmois ?).

Dans cinq autres observations, le traitement salicylé à doses moins élevées n'a été suivi d'aucun résultat. Donc, dans divers cas, l'action du salicylate de soude à faible dose sur l'utérus paraît nulle comme agent abortif.

Dans les expériences sur les animaux, le médicament n'a eu aucune action ocytocique.

Il semble donc résulter de l'ensemble de ces faits que le salicylate de soude n'est point abortif quand il est donné à doses thérapeutiques modérées.

Cependant, comme il existe des femmes prédisposées à l'avortement; comme, d'autre part, l'expérimentation physiologique démontre que le salicylate de soude administré à fortes doses exerce une action sur l'économie tout entière, il conviendra de ne pas donner, dans l'état de gestation, le salicylate de soude sans motifs légitimes, et surtout de surveiller attentivement le degré de tolérance de l'individu pour le médicament.—(*Thèse de Paris*, juillet 1883.)—*Bulletin de thérapeutique.*

Avortement habituel : ses causes et son traitement, par Egbert H. Grandin, New-York.—Il est des femmes qui, arrivées à une certaine époque de la grossesse, avortent presque invariablement; avortement habituel, dit-on, et, ce diagnostic fait, à la grossesse suivante on reste dans l'inaction, croyant l'avortement fatal. Pareille indifférence dans le diagnostic et le traitement de ce qu'on appelle l'avortement habituel n'est pas excusable. Il est, en effet, des cas où il n'est pas possible de découvrir la cause de l'accident, par suite d'une sorte d'aberration physiologique : l'utérus, au lieu d'attendre le terme de la grossesse, se contracte et expulse son contenu avant cette époque; mais dans la grande majorité des faits, une recherche attentive révélera une des causes suivantes, contre laquelle la thérapeutique devra être dirigée :

1° *Syphilis.*—La syphilis est la cause la plus habituelle de l'accident en question: qu'elle soit due uniquement à la mère, uniquement au père, ainsi qu'il semble en exister quelques cas rares, ou enfin à la fois au père et à la mère.

La cause pour laquelle la syphilis produit l'avortement n'est pas encore bien élucidée; cependant on admet, en général, que les lésions anatomo-pathologiques suivantes, et qui paraissent dépendre de la syphilis, en constituent l'origine la plus habituelle :

a. Inflammation chronique diffuse de la caduque;

b. Inflammation avec production polypeuse de la caduque,

c. Dégénérescence kystique du chorion;

d. Dégénérescence graisseuse du placenta.

e. Sténose des vaisseaux ombilicaux.

Ces différentes lésions ne sont d'ailleurs pas spéciales à la syphilis; elles peuvent se rencontrer en dehors d'elle.

Quelle que soit la cause, le traitement est d'ailleurs le même, l'administration du mercure, à laquelle on pourra adjoindre celle du chlorate de potasse, ce dernier ayant pour effet, par sa décomposition, d'augmenter la quantité d'oxygène dans le sang de la mère et de favoriser, par conséquent, la nutrition du fœtus.

Tout en donnant ce traitement, il faudra surveiller attentivement l'état du fœtus, pour provoquer l'accouchement au cas où les bruits du cœur indiqueraient un état de souffrance.

2° *Anémie maternelle.*—La nutrition du fœtus varie *pari passu* avec celle de la mère. Cazeaux incriminait aussi l'anémie du père: cette opinion n'a rien d'invraisemblable. Le traitement, de part et d'autre, sera celui employé d'habitude contre l'anémie.

3° *Maladies de l'utérus et des annexes.*—L'endométrite est une cause incontestée d'avortement. Réciproquement, l'avortement, surtout au début de la grossesse, est traité avec indifférence; il en résulte une aggravation de l'inflammation utérine. C'est un véritable cercle vicieux. Quant aux maladies des annexes, si les deux côtés sont atteints, la stérilité en sera la cause habituelle, si un seul côté est malade, la règle est que la muqueuse utérine soit prise en même temps. Le traitement sera celui qui est indiqué pour ces affections dans les traités classiques.

4° *Déplacements utérins.*—Les déviations de l'utérus en avant n'ont ici qu'une faible importance; il en est autrement des déviations en arrière. Quand la rétro-déviation est simple, c'est-à-dire ne s'accompagne pas d'inflammation, si l'utérus ne se replace pas au troisième mois de la grossesse, la gêne mécanique apportée au développement de l'organe peut devenir la cause de la fausse couche. Dans d'autres cas, ce sont les complications inflammatoires, qui surviennent d'habitude en pareille circonstance, qui produiront l'avortement.

5° *Cellulite et péritonite chroniques.*—L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et du péritoine, par les adhérences qu'elle établit, crée des troubles variés qui se traduisent par la stérilité, quand il s'agit de l'ovaire ou de la trompe; par l'avortement, quand c'est l'utérus qui est gêné dans son développement.

Le meilleur traitement à faire contre ces adhérences consiste dans les badigeonnages à la teinture d'iode sur la voûte vaginale, après lesquelles on appliquera des tampons imbibés de glycérine. La douche chaude, vaginale ou rectale, sera un adjuvant très utile.

6° *Déchirure du col utérin.*—La déchirure du col utérin, soit par elle-même, soit par les troubles inflammatoires qu'elle produit, est une cause fréquente de stérilité ou d'avortement, alors que la conception a été possible. La trachélorrhaphie est le meilleur traitement à lui opposer.

7° *Fièvre intermittente.*—L'opinion des accoucheurs n'est pas encore établie au sujet de l'influence de la malaria sur la grossesse. L'avortement est souvent observé alors qu'elle existe, mais on ne sait si l'on doit l'attribuer au poison paludéen ou à l'anémie concomitante. C'est au sulfate de quinine qu'on devra avoir recours dans ces cas, car il n'y

a pas de raison sérieuse pour croire que cet agent puisse provoquer l'avortement.

8° *Chorée.*—L'influence de la chorée sur la production de l'avortement est indéniable. Comment agit cette maladie pour produire la fausse couche ? Les uns ont admis comme cause l'anémie concomitante, les autres la succussion continuelle à laquelle est soumis l'utérus. Toute conclusion serait encore prématurée.

9° *Maladie de Bright.*—La grossesse survenant dans le cours d'une maladie de Bright, surtout la forme parenchymateuse, a de grandes chances d'être interrompue dans sa marche par un avortement. A toute femme atteinte de maladie de Bright, le mariage ne doit pas être conseillé, ou, en cas de mariage, la grossesse doit être évitée.

10° *Tumeurs.*—L'influence des tumeurs sur la grossesse est des plus variables, tantôt empêchant la conception, tantôt produisant l'avortement, tantôt gênant l'accouchement, tantôt enfin n'ayant aucune influence fâcheuse.

11° *Intoxication par le plomb.*—Depuis le mémoire de Constantin Paul (1860), l'influence de l'intoxication saturnine sur la production de l'avortement est bien connue.

12° *Condition réflexe.*—Sous ce titre, l'auteur range toutes les causes accidentelles qui peuvent produire l'avortement. Ici, il est deux éléments dont il faut tenir compte : la cause, qui peut être très variable, et l'individu, qui, suivant sa nature, réagira très différemment sous l'influence de différentes causes.—*Amer. Journ. of Obstetrics.*

PÆDIATRIE.

Considérations générales sur la thérapeutique des maladies infantiles, par le docteur A. Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants (1).—*Médicaments absorbés par la peau.*—C'est en lotions, en liniments ou en pommades que les substances qu'on cherche à introduire dans l'économie à travers le tégument interne doivent être prescrites. Avant l'application des pommades ou des liquides, il faut que l'enveloppe cutanée soit bien nettoyée. Les frictions doivent être continuées sans interruption pendant plusieurs minutes et répétées plusieurs fois dans une même journée. On choisit, pour les faire, les régions dans lesquelles le réseau lymphatique est le plus développé, comme la partie interne des cuisses. On a de fréquentes occasions, dans les maladies de l'enfance, d'employer les bains de toute espèce. Chez les très petits enfants, ils doivent être très courts et ne pas durer plus de quelques minutes. Même pour des sujets plus âgés, à moins de circonstances particulières, il ne faut pas que ceux qui contiennent des principes alcalins ou sulfureux dépassent une demi-heure ; c'est très exceptionnellement qu'on maintiendra le malade pendant plus d'une heure dans l'eau : la température préférée varie de 30 à 33 degrés centigrades. On se sert rarement des pédiluves chez les enfants, car ils se tiennent difficilement en repos, lorsque leurs extrémités inférieures sont plongées dans de l'eau sinapisée dont la température est élevée. Les manuluves émollients ou irritants

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

sont d'une administration plus facile : mais au bain de pied ou de mains on devra toujours préférer l'enveloppement dans des linges chauds, fréquemment renouvelés, et qui amènent une transpiration locale. Les fomentations et les cataplasmes sont d'un emploi très commode en thérapeutique infantile. Dans le traitement des affections cutanées de la face et du cuir chevelu, très communes chez les jeunes malades, on ne se servira pas de farine de graine de lin, pour confectionner les cataplasmes, mais de fécule de pommes de terre et quelquefois de poudre de guimauve.

L'application de l'eau froide est indiquée dans un certain nombre d'affections graves de l'enfance. Il faut être très réservé et très prudent dans l'emploi de ce moyen qui peut être utilisé en bains, en douches, en lotions et en affusion. L'eau est pure ou mélangée, soit de vinaigre, soit d'un autre liquide aromatique. Dans un certain nombre de cas, la réfrigération est produite au moyen de linges mouillés dans lesquels on enveloppe certaines parties du corps, ou quelquefois le corps tout entier. On se sert aussi de glace cassée en petits morceaux qu'on introduit dans une vessie qui s'adapte directement à la région sur laquelle on veut agir. On a quelquefois fait usage d'éther sulfurique qu'on laisse tomber goutte à goutte sur certains points de la peau, ou des mélanges réfrigérants tels qu'une solution, dans du vinaigre, de sel de cuisine, de nitrate de potasse ou de chlorhydrate d'ammoniaque. Quel que soit le moyen employé, l'intensité de son action devra être réglée d'après le but qu'on se proposera d'atteindre. On agira tout autrement s'il est nécessaire d'amener une stimulation énergique et de s'adresser à la contractilité musculaire.

Vésicatoires.—Quelques médecins se servent fréquemment des vésicatoires chez les enfants. Archambault a fait remarquer avec quelle légèreté on les appliquait en mainte circonstance, et on ne saurait trop recommander de suivre les règles de conduite qu'il a très sagement tracées sur ce chapitre dans un récent travail. Toutefois il serait exagéré de les interdire absolument et d'affirmer qu'ils ne peuvent être d'aucune utilité. Il vaut mieux ne pas recourir à leur emploi lorsque l'enfant est émacié et notablement affaibli par une longue maladie. Il faut éviter autant que possible de placer les emplâtres vésicants sur des régions habituellement soumises à des pressions et qui facilement s'enflamment et s'ulcèrent. Il faut tenir compte aussi de la délicatesse toute spéciale de la peau dans le jeune âge et ne jamais laisser la préparation en place pendant plus de trois à cinq heures, et dans le courant de la première année pendant plus d'une heure et demie. En outre, il est indispensable de donner de petites dimensions au vésicatoire et de le recouvrir d'un papier huilé et non gommé. Si, en observant ces mesures de prudence, on n'obtient pas un soulèvement suffisamment étendu de l'épiderme, on arrivera toujours à ce résultat en remplaçant l'emplâtre qu'on vient de retirer par un cataplasme de fécule, qui, au bout d'une ou deux heures aura donné lieu à la formation d'une ampoule. Si on agit autrement, il n'est pas rare de voir la cantharidine détruire la plus grande partie ou la totalité de l'épaisseur de la peau, par suite de la facilité avec laquelle elle pénètre jusqu'à la face profonde du derme, qui ne présente pas ici la même résistance que chez l'adulte. Les plaies produites par une application prolongée sont longues à cicatriser, même en l'absence de toute

influence constitutionnelle ou épidémique. On doit tenir compte aussi de la fréquence des affections cutanées chez les petits malades et de la facilité avec laquelle une préparation cantharidienne peut donner lieu à l'apparition ou au retour d'une éruption d'eczéma, d'impétigo ou de furoncles. L'application d'un vésicatoire est absolument contre-indiquée dans le cours d'une affection diphthéritique. De nombreux exemples établissent que les fausses membranes se développent très fréquemment sur les surfaces cutanées qui ont perdu leur épiderme. La probabilité de cette production, qui ne fait qu'aggraver une situation déjà très fâcheuse, doit être présente à l'esprit de tous les praticiens et leur interdire l'emploi de la méthode vésicante dans le traitement du croup et de l'angine couenneuse. Quelques-uns croient pouvoir y recourir lorsqu'il s'agit d'une laryngite striduleuse ; mais si le vésicatoire appliqué sur la région antérieure du cou peut en pareille circonstance rendre quelques services, ces avantages sont assez problématiques pour qu'il vaille mieux, même dans des cas de cette nature, s'abstenir de la médication révulsive. Graves a insisté avec raison sur l'agitation nocturne qui se rattache à l'irritation cutanée produite par l'application des emplâtres vésicants. Beaucoup d'enfants, complètement privés de sommeil par suite de la cuisson violente qu'ils éprouvent au niveau de la région affectée, sont atteints d'un mouvement fébrile accompagné de phénomènes d'excitation nerveuse qui peuvent faire croire à une maladie cérébrale. Aussi faut-il apporter une grande attention à la manière dont le pansement du vésicatoire est fait. Sur ce point les soins les plus minutieux sont indispensables.

L'emplâtre lui-même doit être maintenu chez un enfant plus solidement que chez un adulte, car en raison de la mobilité excessive du malade, il se déplacera s'il n'a pas été préalablement fixé avec beaucoup de précautions. Dès que le vésicatoire est levé, si la cloche semble insuffisante, on applique un cataplasme de mie de pain et de lait et de fécule. Ce cataplasme doit être très peu chaud et enduit de cold-cream ou de beurre frais. On substitue au cataplasme un papier brouillard recouvert de glycérine, de glycérolé d'amidon ou de vaseline, plutôt que de cérat, qui souvent devient rance ; dans d'autres cas, on a recours, dès le premier jour, au pansement à la ouate ; mais il est essentiel de conserver la pellicule épidermique, car c'est sa destruction qui est le point de départ des souffrances et des complications locales ultérieures. On voit fréquemment la surface du vésicatoire se recouvrir de matière pultacée ou pseudo-membraneuse qu'environne une zone rougeâtre plus ou moins large. Dans d'autres cas, il y a une véritable perte de substance granuleuse à sa surface, et qui tantôt correspond exactement à l'étendue de peau sur laquelle la préparation vésicante a été adaptée, tantôt dépasse ses limites ou n'en comprend qu'une partie, quelquefois enfin n'existe que par des points isolés. La première indication à remplir en pareille circonstance est de recouvrir la partie malade de cataplasmes de fécule recouverts d'un onguent opiacé ; lorsque la rougeur qui existait de prime abord au pourtour de la plaie a disparu, la solution de continuité peut être pansée, tantôt avec un mélange d'axonge, d'huile d'amandes douces et d'eau de chaux, tantôt avec de la poudre ou de la décoction de quinquina, avec une solution de chlorure de soude ou d'acide phénique, tantôt avec le nitrate d'argent solide ou liquide, tantôt enfin avec une

pommade mercurielle. Archambault recommande aussi un moyen préconisé par Bastien et qui consiste à saupoudrer la partie malade avec du plâtre à mouleur, en ayant soin de renouveler l'application toutes les heures.

Injections hypodermiques.—Les piqûres et les injections sous cutanées ont pu être pratiquées sans inconvénient, même chez les très petits enfants. Le procédé opératoire est le même chez les jeunes malades que chez les adultes, et ils supportent pour la plupart, sans frayeur et sans cri, la pénétration de la canule de l'instrument sous l'épiderme. Des expériences ont été faites dans l'anasarque scarlatineuse, grâce à ce procédé, et à l'aide des sels de pilocarpine. On a eu recours à cette même substance récemment et par la même méthode dans les affections diphthéritiques : quelques cas heureux avaient permis d'augurer favorablement de ce traitement, qu'Archambault vient d'expérimenter à l'hôpital des Enfants avec des résultats qui ne lui permettent pas de croire à son efficacité. Quelle que soit l'indication qu'on cherche à remplir dans l'emploi des injections sous-cutanées, il faut toujours agir prudemment dans l'enfance et n'user que de petites doses.

Emissions sanguines.—Lorsqu'il est indispensable de se servir de ce moyen d'action vis-à-vis du jeune âge, on doit presque toujours se contenter d'une saignée locale. Si l'on se décide à une application de sangsues, une surveillance active est nécessaire, parce qu'elle peut devenir le point de départ d'une hémorrhagie abondante et d'une anémie sérieuse. Lorsque cet accident a lieu, on doit chercher à y remédier de suite à l'aide d'un bandage compressif, soit en recouvrant la piqûre d'une poudre sèche, telle que celle d'alun, de colophane, d'amidon, de gomme arabique, soit en cautérisant la petite plaie. On a vu survenir en pareille circonstance des ulcérations, des inflammations de la peau, des furoncles, quelquefois aussi des douleurs très vives et même des convulsions. Chez les enfants d'un certain âge, la vue et le contact de l'annélide peuvent causer un véritable effroi : aussi conseillerai-je, à l'exemple de Rilliet et Barthez et de beaucoup d'autres praticiens, de préférer les ventouses scarifiées aux sangsues, surtout avec les instruments perfectionnés que l'on possède aujourd'hui. Quant à la phlébotomie, elle est souvent difficile, et son utilité est ordinairement très contestable. La phlébotomie est à peu près impraticable chez les sujets qui n'ont pas encore trois ans. En pareil cas, il vaut mieux pratiquer la saignée de la saphène, en introduisant d'abord le pied dans un bain chaud. On a conseillé aussi la saignée de la jugulaire.

Doses proportionnées aux âges.—Certaines substances médicamenteuses doivent être maniées avec beaucoup de circonspection chez les petits enfants. On a vu le laudanum à la dose d'une goutte donner lieu, chez un nouveau-né, à des accidents très sérieux. Quelques enfants ont été intoxiqués par de très faibles quantités d'atropine. D'autre part, quelques médicaments, tels que les mercuriaux, sont remarquablement tolérés dans l'enfance. Plus le malade est jeune, et plus les doses doivent être restreintes : jusqu'à un an, la quantité prescrite doit représenter le douzième ou le quinzième de ce qu'on donnerait à un adulte ; elle sera d'un huitième d'un à deux ans, d'un cinquième de deux à trois ans, d'un quart de trois à quatre ans, d'un tiers de

quatre à sept ans, et de moitié de sept à quinze ans. Ces préceptes, formulés par Picot et d'Espine, d'après Gaubius, sont très rationnels, et il sera sage de s'y conformer en toute circonstance.—*Bulletin de thérapeutique.*

Des maux de gorge chez les enfants.—Le Dr Henry Ashby établit quatre variétés de maux de gorge chez les enfants: 1° L'amygdalite simple; 2° L'amygdalite scarlatineuse; 3° L'amygdalite pseudo-diphthéritique; 4° La diphthérie.

Les enfants faibles et scrofuleux sont surtout sujets à la première variété. On la rencontre plus souvent comme complication des désordres digestifs, vg. du foie, ou des troubles respiratoires, vg. bronchite et laryngite. Ce mal de gorge précède fréquemment les attaques rhumatismales. Il peut résulter de l'empoisonnement par le virus scarlatineux. Comme preuve, l'auteur cite une série de huit cas qui se sont montrés dans une salle d'hôpital, dans l'espace de quelques jours. Plusieurs gardes-malades prirent aussi la maladie. Le premier patient qui en fut atteint avait été, quelques jours auparavant, exposé au contagium de la scarlatine. Dans aucun cas il n'y eut d'éruption; un seul mourut.

Eu égard à la difficulté—quelquefois l'impossibilité de diagnostiquer la scarlatine de l'amygdalite simple, l'auteur conseille d'isoler tous les enfants atteints de mal de gorge avec fièvre, et cela tant que persiste la congestion de l'arrière gorge. Les points qui militent en faveur de la scarlatine sont: les vomissements et la diarrhée à la période d'invasion; un pouls de 130 à 160; une température élevée, mais pas nécessairement; une congestion marquée des pilliers antérieurs et des amygdales. Plus tard, l'hypertrophie des lymphatiques du cou et leur sensibilité, l'extension de l'inflammation à la muqueuse nasale et la présence d'un exsudat jaunâtre sur les amygdales et la luette rendent assez certain le diagnostic de la scarlatine.

Sous le nom de pseudo-diphthérie, l'auteur comprend une classe de cas qui sont à la diphthérie ce que l'amygdalite épidémique est à la scarlatine. Cette maladie se montre là où se montre la diphthérie et est attribuée aux gaz des fosses d'aisance et autres poisons. Elle diffère de la diphthérie en ce que les ganglions cervicaux sont rarement impliqués, que la fausse membrane est moins épaisse, la muqueuse nasale intacte, l'urine non albumineuse, et que les suites ordinaires de la scarlatine ne se manifestent pas. Le pronostic est toujours favorable. La maladie dure rarement plus d'une semaine.

L'angine diphthéritique se distingue de l'angine scarlatineuse par le fait que dans celle-ci il y a rarement de fausses membranes. Un exsudat jaunâtre peut bien couvrir les amygdales, on peut aussi observer la perforation et même de la gangrène du palais mou, ainsi qu'un engorgement considérable du tissu cellulaire externe, mais l'exsudat couenneux, blanchâtre et adhérent de la diphthérie n'existe pas. Dans la scarlatine, il y a ordinairement peu d'albumine dans l'urine; dans la diphthérie on en trouve souvent jusqu'à 50 pour 100.—*Archives of Pediatrics.*

— La fièvre des enfants, accompagnée de sensibilité extrême des yeux à la lumière, et d'occlusion permanente des paupières, sans ophthalmie, est un signe de méningite.—Bouchut.

Accidents nerveux déterminés par la présence des lombrics et du tænia dans le canal intestinal.—Dans leurs études sur les maladies nerveuses, les pathologistes de nos jours ont entièrement négligé les troubles nerveux produits par les vers intestinaux ; ils ont dirigé leurs recherches exclusivement sur les centres nerveux supérieurs.

Les lombrics et le tænia déterminent, chez le sujet qui en est affecté, une physionomie et des symptômes particuliers que font disparaître les anthelmintiques. Ces symptômes consistent en une céphalalgie diffuse aiguë ; la vue et l'ouïe sont diminuées ; il y a soif anormale ; la face est invariablement pâle. Quelquefois la céphalalgie est frontale ; elle conserve toujours son caractère d'acuité. Il peut y avoir du vertige, des bourdonnements d'oreille, du tremblement des mains. Dans quelques cas il y a sensation de malaise à l'abdomen avec colique aiguë. Chez les femmes se déclarent des symptômes d'hystérie. D'autres fois c'est une toux sèche, fatiguante que le rejet d'un lombric ou d'un tænia soulage. L'on a vu, lorsque des circonstances favorables à leur développement existaient, des phénomènes tétaniques. C'est pourquoi des chirurgiens d'Angleterre ont cru qu'il y avait un rapport intime entre le tétanos et les lombrics qu'ils ont découverts à l'autopsie de leurs sujets. Lorsqu'il survient des convulsions, elles revêtent un caractère plus ou moins grave, parfois épileptiforme. Il en est de même de l'hystérie qui peut être compliquée d'attaques cataleptiques intenses. Des affections cérébro-spinales, des convulsions générales ou partielles, de la mélancolie, de l'hypochondrie, des coliques abdominales, de la dyspnée, des nausées et vomissements, de la digestion difficile, de la perte d'appétit et du vertige, voilà autant de signes de la présence de vers intestinaux.

Ces symptômes nerveux sont plus souvent déterminés par le tænia que par les lombrics. Les principaux, comme je l'ai dit plus haut, sont : la céphalalgie, le vertige, les bourdonnements d'oreilles, les mouches et les éclairs devant les yeux, l'amaurose et le tremblement des mains. Les convulsions sont plus fréquentes chez les enfants ; c'est l'accident ordinaire des lombrics. Le tænia origine du pourceau où il se développe par suite de l'ingestion d'un cysticerque celluleux. On le rencontre fréquemment en Pologne, en Hongrie, en Angleterre et dans notre propre pays, là où l'on fait en grand l'élevage des pourceaux.

Ainsi donc, lorsque nous rencontrerons une personne qui souffrira de céphalalgie aiguë, de vertige, de bourdonnements d'oreilles, d'amaurose avec yeux cernés, dont les paupières seront gonflées comme dans la maladie de Bright, avec pupille dilatée et figure pâle, et quand à ces symptômes s'ajoutent un appétit irrégulier, des mouvements inhabituels de la bouche et du nez, de la démangeaison à la vulve, à l'anus ou au nez, du grincement des dents pendant le sommeil, sensation d'étouffement, gonflement de l'abdomen avec colique, sensation d'un corps étranger mobile dans le ventre, sensation marquée surtout lorsque la personne fait une diète farinacée avec pain chaud et café, et si votre malade est enclin à la mélancolie, alors ayez recours aux anthelmintiques avec énergie et à des époques variées ; tonifiez en même temps votre client et avant longtemps vous constaterez la disparition de cette série de maux qui rendent votre patient malheureux.—*Medical Age.*

FORMULAIRE.

Bronchite.—*Fothergill.*

℞.—Acid. hydrobromici..... gtt xx
Ext. scillæ..... gr. ss
Spt. chloroformi..... ʒss

M.—A prendre toutes les trois heures.

Pneumonie.—*Dr J. T. Wells.*

℞.—Ext. ergotæ fld..... ʒiv
Tr. digitalis..... ʒi
Plumbi acetatis..... gr. vi
Aq. cinnam. ad..... ℥ii

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les deux heures jusqu'à disparition des crachats rouillés, alors que la dose peut être réduite à deux fois le jour.

Asthme.

℞.—Pot. iodid..... ʒii
Spt. ætheris..... ℥ss
Syr. prun. virgin..... ℥iv

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé quatre fois par jour.

Phthisie laryngée.—*Ducau.*

℞—Acid. carbolici pur..... gtt vi—viii
Spt. rectif..... ʒi ℈i
Glycerini..... ℥iss
Aq. destill. ad..... ℥xii

M.—En pulvérisation au moyen de l'appareil de Siègle.—*Progrès méd*

Angine tonsillaire.

℞.—Mucilage de lin..... ℥vii
Créosote..... gtt viii
Alcool..... q.s. ad solv.

M.—En gargarismes.

Constipation.—*Foster.*

℞.—Pulv. rhæi..... gr. iii
Sodæ carb..... gr. i
Pulv. ipecac..... gr. ss
Ol. anisi..... gtt v

M.—Faites une pilule, à prendre le soir au coucher.

Eczéma et intertrigo.—*Lucas-Championnière.*

℞.—Pulv. boracic. acid..... part. vi
Vaselinæ..... part. xxx

M.—En onctions.—*Journ. de méd. de Paris.*

Dyssenterie.—*Hôpital Roosevelt.*

℞.—Tinct. kino..... } ãã m. xx
Tinct. catechu..... }
Tinct. opii..... m. xv
Tinct. capsici..... m. v

M.—A prendre en une seule dose.—*Druggists' Circular.*

Acné.

℞.—Sulphur præcip..... ʒiii
Spirit. camph..... ʒi
Aquæ calcis...ad..... ℥iii
M.—En lotions.

Pityriasis du cuir chevelu.—*Hardy.*

1° ℞.—Sublimé..... 4½ grains
Eau..... 9½ onces
Alcool..... q.s.
M.—En lotions.

2° ℞.—Onguent citrin..... ½ drachme
Axonge..... 1 once
M.—En onctions.

Gerçures des mains.

℞.—Resinæ..... ℥i
Ceræ..... ʒiii
Adipis..... ℥ii
Zinci oxidi..... ʒvii
M.—Usage local.—*N. Y. Med. Record.*

Syphilis tertiaire.—*Paget.*

℞.—Pot. iodid..... gr. iii
Spt. amm. arom..... ʒss
Aquæ..... ℥ii
M.—A prendre en une seule dose, après chaque repas.

Pilules antiscrofuleuses.—*Vindevogel.*

℞.—Lactate de fer..... ʒiss
Iodure d'arsenic..... gr. iv
Sulfate de strychnine..... gr. i
Extrait de gentiane..... ʒi

M.—Pour 100 pilules.—*Dose :* Trois ou quatre pilules par jour. On peut ajouter au traitement deux ou trois cuillerées de

℞.—Huile de foie de morue..... Oi
Chlorhydrophosphate de chaux..... ℥iss
Essence d'amandes amères..... gtt x

M.—*Agita ante usum.*—Prises une demi-heure après le repas.—*Revue de thér. méd. chir.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUIN 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$2.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont es fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Réunion semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à Montréal, mercredi, le 14 mai dernier, à l'Université Laval, sous la présidence du Dr C. E. Lemieux. Etaient présents : MM. les Drs W. H. Hingston, A. G. Belleau, F. W. Campbell, E. P. Lachapelle, Léonidas Larue, W. Marsden, C. S. Parke, E. A. de St-Georges, H. Russell, A. Jackson, Ch. Gingras, M. Guay, T. Marmette, L. T. E. Rousseau, R. P. Howard, T. A. Rodger, J. L. Leprohon, A. Lamarche, Geo. Ross, R. A. Kennedy, L. B. Durocher, P. E. Mignault, D. A. Hart, A. Duchesneau, J. Lanctôt, L. D. Lafontaine, H. A. Mignault, D. Marsil, T. Larue, L. A. Paré, H. Austin et A. F. Dame.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la dernière assemblée, des résolutions de condoléance furent adoptées au sujet de la mort des Drs J. A. Sewell, de Québec, et E. H. Trudel, de Montréal, tous deux anciens gouverneurs du Collége. Puis, on passa à la lecture du rapport des assesseurs des Universités Laval, McGill, Bishop et Victoria, rapports qui furent adoptés.

Le Dr E. P. Lachapelle se levant alors, attira l'attention des Gouverneurs sur les accusations récemment portées par lui dans les journaux politiques contre l'Ecole Victoria, et offrit de mettre devant le Bureau, si quelque membre le désirait, toutes les explications nécessaires.

Le Dr W. H. Hingston répliqua en disant qu'au nom de l'Ecole il désirait soumettre la question au Bureau. Il donna alors lecture d'un rapport du comité d'investigation nommé par l'Ecole au sujet de cette affaire, et demanda un délai de trente jours pour que ce comité pût finir son enquête.

Le Dr E. P. Lachapelle formula de nouveau, comme suit, les accusations qu'il avait déjà portées contre l'Ecole :

1° Que la plupart des questions de l'examen commencé le 31 mars dernier ont été données par des professeurs aux élèves, et cela, plusieurs jours avant cet examen.

2° Que l'institution toute entière s'est rendue coupable, depuis de nombreuses années, de relâchement, de négligence, d'irrégularité et d'abus tant dans son enseignement que dans ses examens.

Il ajouta qu'il portait ces accusations en sa qualité de gouverneur du Collége, et en prenait toute la responsabilité, s'engageant à les prouver devant une commission d'enquête ayant le droit d'assigner des témoins et de les examiner sous serment.

En réponse au Dr Lachapelle, le Dr Hingston dit que l'Ecole a compris toute la gravité de l'accusation portée contre elle, et que lui, pour un, à la première nouvelle de ce qui s'était passé, avait déclaré au Président de l'Ecole, qu'à moins que la chose ne fut immédiatement tirée au clair, il (Dr Hingston) résignerait comme professeur de cette institution. Il admit que les documents publiés par le Dr Lachapelle prouvent que les accusations de celui-ci sont fondées en ce sens qu'il y a un ou des coupables, mais comme l'Ecole est à faire une enquête sérieuse pour trouver ce ou ces coupables, il demanda au Bureau de ne pas intervenir avant que l'enquête fût terminée.

Il s'ensuivit une longue discussion à laquelle prirent part les Drs Hingston, Durocher, Lachapelle, Lanctôt, Ladouceur, Campbell, Howard, Marsden, Marsil, Kennedy, Leprohon, Lafontaine, Guay, Lamarche, etc., après quoi le Dr R. P. Howard proposa que l'Ecole, par ses représentants, les Drs Hingston et Dorocher, n'ayant pas nié les accusations du Dr Lachapelle pour ce qui concerne les derniers examens, et déclarant avoir commencé une enquête sérieuse, vouloir la compléter et punir les coupables, ce Bureau consent à attendre le rapport de cette enquête avant de prendre une décision définitive.

Cette proposition, d'abord acceptée par le Dr Hingston, fut ensuite retirée par le moteur à la demande de quelques amis de l'Ecole.

Les Drs Guay et Marsil présentèrent alors une motion à l'effet d'adresser une pétition au Lieutenant-Gouverneur en Conseil pour demander qu'une commission Royale soit instituée pour tenir une enquête sur les accusations du Dr Lachapelle en rapport avec les derniers examens de l'Ecole.

Le Dr Marsden proposa en amendement, secondé par le Dr de St-Georges, " d'adjoindre aux quatre membres du comité d'enquête de l'Ecole tous les gouverneurs de la cité et du district de Montréal, les gouverneurs devant faire rapport du résultat de leurs recherches à la prochaine assemblée semi-annuelle du Collége des Médecins et Chirurgiens qui doit avoir lieu à Québec, le 24 septembre prochain." Cet amendement fut adopté, et la motion principale perdue sur division.

Le Dr Léonidas LaRue, avec l'appui du Dr A. G. Belleau, de Québec, a donné avis qu'à cette prochaine assemblée du Collége des Médecins

et Chirurgiens, il allait proposer que le Collége s'adresse à la législature locale pour obtenir le pouvoir d'examiner de nouveau tous les porteurs de diplômes universitaires, avant de leur procurer la licence du Collége, comme la chose se pratique dans Ontario.

Le rapport des examinateurs pour l'admission à l'Etude de Médecine fut ensuite lu et adopté. Ce rapport conclut à l'admission des Messieurs dont les noms suivent :

C. F. Morel de la Durantaye, Joliette; Elphège A. Réné de Cotret, Montréal; W.W. Chalmers, Huntingdon; J. V. Catudal, Napierville; L. A. Beaudry, St-Hyacinthe; E. de Forest Holden, St-Armand Centre; J. A. Belle, A. Napoléon Rivet, Village St-Jean-Baptiste, Montréal; Raoul René deCotret, Montréal; Alex. Hamilton, Sutton; Louis P. A. Dorion, L'Assomption; Gustave Larose, Ware; Jos. Baulne, Montréal; L. A. D. Gauthier, Mile End, Montréal; R. Mars Kincard, Clarenceville; W. O. Tessier, Montréal; Napoléon Lavoie, Saint Martin; H. Ducharme, St-Félix de Valois; J. G. Brault, Montréal; A. G. Hall, Franklin Centre; Jos. Narcisse Picot, Montréal; Jos. Barolet, Montréal; Cyprien Fiset, Québec; Hyacinthe Bastien, Vaudreuil; F. G. Bourgeault, St-Cuthbert; A. O. Gadoury, Berthier (en haut); Ernest Gagnon, Chicoutimi; F. G. Lafrenière, Montréal; Ant. Langis, Rimouski; Ed. St-Laurent, Louiseville; Charles Borromée Marcotte, St-Raymond; A. Jos. Paré, Rivière des Prairies; Ed. Pilon, Québec; Jos. Pominville, St-Vincent-de-Paul; M. Ricard, Montréal; E. S. Rochette, St-Barthélemi; J. P. Roulier, St-Jacques le Mineur; Thos. Savary, St-Raymond; Napoléon Séguin, Rigaud; W. Stewart, Montréal.

Une trentaine de porteurs de diplômes ont obtenu la licence du Collége, et plusieurs candidats, non porteurs de diplômes, ont subi l'examen de rigueur pour obtenir leur licence. Nous en donnerons une liste complète dans notre prochaine livraison.

Le Collége a profité de son assemblée semi-annuelle pour autoriser ses officiers de Québec à s'opposer énergiquement au projet de loi actuellement devant la législature pour permettre à M. F. X. Demers, de Ste-Geneviève, comté de Jacques-Cartier, de pratiquer la médecine.

Le " Journal d'Hygiène."

Nous accusons réception du premier numéro du *Journal d'Hygiène populaire* publié sous les auspices de la Société d'Hygiène de la Province de Québec. C'est une jolie brochure de 12 pages, in-8, toute remplie d'articles intéressants sur les choses de la science hygiénique, et qui devra nous venir régulièrement le 1er et le 15 de chaque mois.

Les directeurs du nouveau journal, MM. les Drs. Sév. Lachapelle et J. I. Desroches ont certainement droit à nos meilleures félicitations pour avoir su, à force de travail et de persévérance, vaincre les très nombreux obstacles qui s'opposaient au succès d'une entreprise déjà passablement difficile par elle-même. Aussi formons-nous des vœux pour que le nouveau journal, ainsi que la Société dont il est l'organe officiel, reçoivent du public tout l'encouragement possible. Les notions les plus élémentaires de l'hygiène sont malheureusement trop peu répandues parmi notre population, surtout dans la classe ouvrière, et il est devenu d'une urgente nécessité de les vulgariser, de les propager

de force, s'il le faut, au sein de nos familles. On a fait à la Province de Québec, et à Montréal en particulier, une assez mauvaise réputation au point de vue sanitaire ; bien qu'il y ait eu dans tout ce qu'on a dit et écrit à ce sujet beaucoup d'exagération, il n'en reste pas moins vrai que nous avons encore beaucoup a gagner sous ce rapport.

Il importe, à tous les points de vue, que l'état de choses actuel cesse au plus tôt. La Société d'Hygiène et son organe sont appelés à travailler dans ce sens, mais ils ne le pourront qu'en autant qu'ils seront soutenus et encouragés. Or les questions d'hygiène sont trop vitales et intéressent trop directement les gouvernants comme les gouvernés pour que l'on n'attende pas des premiers un appui des plus actifs. A Ottawa l'on a déjà fait quelque chose ; on nous dit que Québec serait disposé à contribuer aussi au succès de l'œuvre. Joint aux souscriptions des conseils municipaux de nos principales villes, et de Montréal en particulier, cela constituera sans doute un appoint suffisant aux premiers besoins de l'entreprise, en même temps qu'un *précédent* obligé pour l'avenir.

Nos amis nous permettront bien, comme à leurs aînés, deux mots de bienveillante critique. Le *Journal d'Hygiène* s'adresse surtout au peuple, à la classe ouvrière, par conséquent à un public à qui il convient peu de tenir un langage strictement académique. Les phrases sonores et à périodes cadencées, les tournures trop recherchées que nous remarquons dans plusieurs des articles du premier numéro, devraient donc, à notre sens, faire place à un style plus simple et plus sobre et dans lequel les choses seraient appelées un peu *par leur nom*, le nom que leur applique ordinairement le peuple. Nous désirerions également que certains articles eussent une portée plus pratique. S'il est une science qui s'accommode peu du vague et de l'hypothèse, c'est bien l'hygiène.

La partie typographique du *Journal d'Hygiène* pourrait aussi être mieux soignée. Les nombreuses coquilles, transpositions, etc., qui ornent chaque page de cette première livraison et qui en font une véritable merveille du genre, devront disparaître si l'on veut que le *Journal* ne fasse pas à l'établissement où il s'imprime et à l'administration qui en a la charge une réputation peu enviable.

L'Acte d'anatomie.

L'hon. M. Garneau à présenté dernièrement un *bill* devant l'Assemblée Législative à l'effet d'amender notre Acte d'anatomie de manière à permettre aux *amis et compatriotes* des individus morts dans les institutions de charité ou sur la voie publique, de réclamer les cadavres qui, d'après les dispositions de l'Acte tel qu'en force jusqu'aujourd'hui, doivent être destinés aux salles de dissection, s'ils ne sont réclamés par des *proches parents*.

Ce *bill* a été rejeté à une grande majorité, et c'est bien fait. Il est déjà assez difficile d'alimenter nos amphithéâtres d'anatomie sans qu'on vienne nous retrancher encore la moitié de ce que nous appelerions notre *revenu* si le mot n'était quelque peu cynique. Comme l'ont fait remarquer l'hon. M. Taillon et M. G. W. Stephens, les dispositions de l'Acte actuel ne sont pas tellement absolues qu'elles ne laissent à l'ins-

pecteur d'anatomie, chargé d'en assurer l'exécution, le droit d'user, quand la chose est nécessaire, d'un certain pouvoir discrétionnaire que personne, assurément, ne cherchera à lui contester. Au reste, les cas où l'inspecteur est appelé à exercer ce pouvoir sont relativement rares et il aurait été ridicule de se prévaloir de ces rares exceptions pour changer les dispositions d'une loi dont tous les principaux intéressés se trouvent bien.

NECROLOGIE.

Le Professeur Würtz.—M. Adolphe Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, a succombé le 12 mai dernier à des accidents diabétiques.

Né en 1817, Würtz était licencié ès-sciences et chef des travaux chimiques à la Faculté de Strasbourg lorsqu'il soutint, en 1843, sa thèse pour le doctorat en médecine: *l'albumine et la fibrine.* Deux ans après il vint à Paris, obtint la place de chef des travaux chimiques à la Faculté, et en 1847, il était nommé agrégé. A la démission de Dumas, et après la mort d'Orfila, en 1853, Würtz fut nommé professeur de chimie organique et de chimie minérale. Dans cet enseignement, Würtz révéla des aptitudes peu communes. Doué d'une grande activité, vif, pétulant, habile dans ses démonstrations, précis dans ses expériences, mouvementé dans son débit, il communiquait à son auditoire l'ardeur dont il était animé. Il apportait des idées nouvelles dans la science qui a fait le plus de progrès depuis un quart de siècle et il a contribué à ces progrès pour une large part.

Le 1er avril 1856, l'Académie de Médecine le nommait membre titulaire en remplacement de Magendie. En 1866, Würtz était élu doyen de la Faculté de médecine, position qu'il occupa jusqu'en 1875, époque à laquelle il fut appelé à enseigner la chimie organique à la Faculté des Sciences. Il fut nommé Doyen honoraire. En 1867, il avait été nommé membre de l'Institut de France, et en 1881, sénateur inamovible. Il était grand officier de la Légion d'Honneur.

Les principaux travaux de M. Würtz sont ses *Leçons de philosophie chimique*, le *Traité élémentaire de chimie médicale*, son *Histoire des doctrines chimiques*, la *Théorie atomique*, enfin le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée.*

Le Professeur S. D. Gross.—La chirurgie américaine vient de faire une perte sensible dans la personne de S. D. Gross, M.D., L.L.D., D.C.L., professeur (émérite) de chirurgie au *Jefferson Medical College*, Philadelphie.

Né en 1805, Gross prit ses degrés au *Jefferson Medical College*, en 1828, et se fixa à Philadelphie. Successivement professeur d'Anatomie au *Medical College of Ohio*, d'Anatomie au Collége de Cincinnati, de Chirurgie à l'Université de Louisville et à l'Université de New-York, il fut appelé, en 1856, à enseigner la chirurgie au *Jefferson Medical College*, son *Alma-mater*. Il occupa cette chaire jusqu'en 1882, alors qu'il fut remplacé par son fils, S. W. Gross, M.D.

De tous les nombreux ouvrages dus à la plume du Prof. Gross, celui qui sera la gloire éternelle du maître est sans contredit le "*System of Surgery*," œuvre considérable, aujourd'hui arrivé à sa sixième édition.

Nous devons en outre au talent de l'éminent chirurgien *An Experimental and Critical Inquiry into the Nature and Treatment of Wounds of the Intestines,—A Practical Treatise on Foreign Bodies in the Air Passages,—The History of Kentucky Surgery,—A Manual of Military Surgery, etc.*

On annonce la mort, à Evreux, de M. Boutigny auteur des remarquables *études sur les corps à l'état sphéroïdal;* à Londres, celle de M. Peter Squire, l'un des plus éminents pharmacologistes anglais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

The Canadian Newspaper Directory, published by The Mail Newspaper Advertising Agency. Toronto, Canada.

Supplement to the votes and proceedings of the 5th *may* 1884.—Québec, mai 1884.

Annual Announcement of Trinity Medical School, Toronto.—Session 1884-85.

Statistiques municipales ou Rapports municipaux pour l'année expirant le 31 décembre 1882.

Etat des comptes publics de la Province de Québec pour l'exercice terminé le 30 juin 1883. Imprimé par ordre de la Législature.

Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec, adressé à l'honorable Secrétaire Provincial par les directeurs-propriétaires.

Rapport du Commissaire des Chemins de Fer de la Province de Québec pour l'année 1882-83.

Etat financier du Surintendant de l'Instruction Publique pour la Province de Québec, donnant un état des Mandats de Paiements reçus et des Dépenses faites pour l'année fiscale terminée le 30 juin 1883. Imprimé par ordre de la Législature.

Réponse a une Adresse de l'Assemblée Législative en date du 3 avril 1884, demandant: 1. Copie du contrat exécuté entre le gouvernement et les propriétaires de l'Asile de Beauport, en vertu de la résolution passée par cette chambre le 28 mars 1883; 2. Copie de toute correspondance, de tous ordres en conseil, rapports et de tous autres documents se rattachant à ce contrat.—Québec, avril 1884.

DELTHIL (Dr) D'un traitement spécifique de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz. Paris, 1884.

NOUVELLES MEDICALES.

—M. le Dr BRODEUR, interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, vient d'être élu membre-adjoint de la *Société anatomique* de Paris. Nos meilleures félicitations.

M. le Dr Armand DESPRÈS, chirurgien de l'hôpital de la Charité, adversaire convaincu et énergique de la laïcisation des hôpitaux, vient d'être élu, par une majorité de 800 voix, membre du Conseil municipal de Paris. C'est sur le terrain de la laïcisation des hôpitaux qu'avait été posée la candidature de M. Desprès.

Résignation.—M. le Dr Alfred STILLÉ a donné sa démission comme professeur de pathologie interne à l'Université de Pensylvanie, Philadelphie. Il sera probablement remplacé par le prof. Wm PEPPER.

Hopital Notre-Dame.—Les dames patronesses de l'Hôpital Notre-Dame ont organisé à grands frais et ouvert, le 2 courant, en faveur de cette institution un Bazar ou *Kermesse*. La kermesse se tient sous d'immenses tentes érigées sur la Place-d'Armes. Le public montréalais s'y porte en foule et tout fait présager une très abondante recette. Nous en reparlerons.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la Licence et le Doctorat commenceront vendredi, le 13, à 8 hrs A.M., par l'épreuve écrite du Baccalauréat. Le 14, à la même heure, aura lieu l'épreuve écrite de la Licence. Le 17 et le 18, à 2 hrs P. M., épreuve orale (1er et 2me examen) ; le 19, à 10 hrs A. M. examen clinique à l'Hôpital Notre-Dame ; le 20, à 10 hrs A. M., examen de terme.

Journaux Américains en 1884.—D'après le *American Newspaper Directory* de MM. Geo. P. Rowell & Cie, actuellement sous presse, il se trouve que les journaux et revues de tout genre aujourd'hui publiés aux Etats-Unis et en Canada sont au nombre de 13,402, ce qui constitue une augmentation de 1,600 durant les douze derniers mois, et de 5,618 durant les dix dernières années. En 1874 il y avait une augmentation de 493 sur l'année précédente.

Dans le cours de l'année dernière, les journaux quotidiens ont augmenté de 1,138 à 1,254 ; les journaux hebdomadaires, de 9,062 à 10,028; les revues mensuelles, de 1,091 à 1,498.

C'est dans les états de l'Ouest que l'accroissement a été le plus considérable.

MARIAGES.

CORMIER-GÉNÉREUX.—A Montréal, le 22 avril dernier, M. le Dr Isaïe Cormier, à Mlle Malvina Généreux, troisième fille de M. l'échevin Génereux.

MANSEAU-BERNARD.—A St-Germain de Grantham, le 26 mai, Edouard Gédéon Manseau, Ecr, M. D., à Mlle Emma Bernard, fille de M. Ulric Bernard, de Jefferson City, Dakota.

DÉCÈS.

DÉSAULNIERS.—A Nicolet lundi, le 12 mai, après une longue maladie, Dame Célanire Gagnon, épouse du Dr D. B. G. Désaulniers.

DÉSAULNIERS.—A la Rivière-du-Loup (en haut) le 17 mai dernier, Marie Blanche-Alphonsine, âgée de dix mois, enfant du Dr D. B. G. Désaulniers de Nicolet.

CRAIG.—A Contrecœur, le 1er juin, M. le Dr Sidney Craig, fils aîne de A. B. Craig, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC.—M. CHS. A. VERGE.

Considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement. (1)

Les deux autres cas dont il me reste à vous parler et qui occupent les nos 30 et 49 de nos salles, présentent des symptômes qui appartiennent à une période plus avancée, caractérisée par la présence de cavernes bien circonscrites. A part tous les symptômes rationnels que présentent ces deux malades et sur lesquels je me dispense de revenir, à part la matité, la diminution du murmure respiratoire, l'expiration prolongée, le souffle bronchique et la bronchophonie qui occupent une partie plus ou moins notable des sommets, pour lesquels, soit dit en passant, le tubercule a une prédilection toute spéciale, vous avez, au no 49, dans un endroit parfaitement circonscrit sous la clavicule gauche, et au no 30, dans un endroit également circonscrit dans la fosse sus-épineuse, des craquements humides plus gros que ceux que nous avons observés jusqu'ici et qui donnent à l'oreille la sensation de l'agitation d'un liquide mélangé à de l'air : c'est le râle caverneux ou *gargouillement* que vous pouvez entendre dans les deux temps de la respiration. Ce gargouillement dont l'intensité varie beaucoup suivant la quantité de liquide que renferme la caverne s'accompagne généralement, lorsque vous faites parler ou tousser le malade, de *voix* et de *toux caverneuses*. La voix et la toux pénètrent directement dans l'oreille, semblent sortir en quelque sorte de la poitrine : c'est la *pectoriloquie*. Pour que ces signes se produisent, il vous faut une caverne circonscrite et pas trop volumineuse, qu'elle communique librement avec les bronches et qu'elle ne renferme pas trop de liquides. Si la caverne est remplie, tous ces signes feront défaut, et si elle est tout-à-fait vide, le gargouillement ne pourra naturellement se produire. De tous ces signes, appelés avec raison par Jaccoud *signes cavitaires*, le principal pour le diagnostic est sans contredit le gargouillement, puisqu'une simple condensation, soit pleurétique, soit pneumonique, soit tuberculeuse peut produire la voix et la toux caverneuses. D'un autre côté, si la caverne est très considérable, vous pouvez avoir du *souffle amphorique* avec ou sans *tintement métallique*, ainsi que plusieurs d'entre vous ont pu le constater dans un remarquable cas que nous avons eu dans nos salles l'an dernier. La cavité occupait tout l'espace sous-claviculaire gauche. Vous vous rappelez que la percussion pratiquée au

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

niveau de cette cavité donnait un son tympanitique et le *bruit de pot-fêlé* lorsque la malade tenait la bouche largement ouverte pendant que l'on percutait la poitrine. Le son tympanitique ici était nécessairement dû à la proximité de la caverne de la surface thoracique et à la minceur de ses parois ; le bruit de pot-fêlé à l'expulsion violente de l'air hors de l'orifice de la caverne ; mais dans tous les autres cas, messieurs, le son donné par la percussion au niveau d'une caverne est généralement mat, à cause de la densité et de l'épaisseur de ses parois et du liquide qu'elle renferme en quantité plus ou moins considérable. Ce sont là, en somme, les seuls cas où vous pouvez affirmer la présence d'une caverne, à la condition toutefois que ces signes se trouvent réunis sur un point circonscrit, et à plus forte raison s'ils occupent un point circonscrit du sommet, siège le plus ordinaire de ces excavations.

Je vous ai fait remarquer que l'expectoration, à cette période, changeait de caractère. Les crachats plus franchement purulents se présentent sous forme de masses isolées, souvent arrondies, *de forme nummulaire*, opaques, privées d'air, suspendues au milieu d'un liquide muqueux, aéré, venant des bronches.

Un fait sur lequel j'attire toute votre attention, c'est la différence qui existe dans la marche de la maladie chez ces deux malades. Chez l'une, la maladie date de deux ans révolus, et à en juger par son *facies* vous seriez loin de soupçonner la gravité et l'étendue des lésions dont elle souffre. Cette fille a pu continuer à remplir ses devoirs de domestique jusqu'à son entrée à l'hôpital, il y a un mois à peine, et elle présentait alors, à peu de différence près, les mêmes symptômes que vous observez aujourd'hui. La fièvre n'a jamais été remarquable dans son cas, et chose assez exceptionnelle, elle a conservé un appétit tout à fait passable. Elle digère bien et n'a jamais présenté aucun symptôme dénotant une affection intestinale. C'est sans doute à cette intégrité des voies digestives et à l'absence de fièvre qu'il faut attribuer en grande partie la conservation de son appétit et d'un certain degré d'embonpoint malgré l'état avancé de sa maladie. Chez l'autre, au contraire, la maladie date à peine de six mois et déjà cette patiente a atteint la dernière phase de la phthisie. La fièvre est très excessive et s'est présentée comme un des symptômes les plus précoces, les transpirations pendant le sommeil sont abondantes, l'appétit est nul et une diarrhée épuisante, qui revêt depuis quelques jours la forme colliquative, achève de précipiter sa ruine. C'est vous dire que chez certains malades la phthisie pulmonaire se montre parfois dès le début sous la *forme phlegmasique*, et qu'en dépit de tout traitement elle marche rapidement vers une terminaison fatale, tandis que chez d'autres elle reste pour ainsi dire indéfiniment sans fièvre (*forme apyrétique*), et vous n'avez à combattre que des congestions ou des phlegmasies le plus souvent apyrétiques, cédant assez facilement à un traitement bien ordonné. Défiez-vous toujours, dans ces circonstances, de la bronchite, et ne manquez pas de la combattre à son début, car une phthisie jusque-là apyrétique peut subitement changer de caractère et revêtir la forme phlegmasique et même galopante. Fonssagrives nous dit que la bronchite est aussi dangereuse par rapport à la tuberculose que l'est l'action de promener une bougie allumée au-dessus d'un baril de poudre, et il a peut-être raison, bien que tous les médecins ne partagent pas son avis. Nous avons eu l'an dernier un remarquable exemple de ce genre.

Marie B... servante âgée de 20 ans, après avoir présenté tous les symptômes et les signes physiques de la tuberculose pulmonaire à son début, cessa complètement de tousser, et depuis un an avait repris un remarquable degré d'embonpoint. Jugeant que l'air confiné de l'hôpital ne convenait plus à son parfait rétablissement, on lui avait conseillé de se loger dans une famille où, sans se donner trop de fatigues, elle pût respirer un air plus pur que celui de nos salles encombrées de malades. Elle sortit en effet, mais le choix qu'elle fit fut malheureux ; on l'avait contrainte de coucher dans une chambre glacée et de s'exposer bien souvent au froid sans être suffisamment vêtue. Quinze jours après, elle revenait à l'hôpital avec une bronchite généralisée, et de ce jour la fièvre ne la quitta plus ; la tuberculose continua à se développer, mais cette fois avec une rapidité prodigieuse, et trois mois plus tard elle succombait à une phthisie galopante que rien n'avait pu contrôler.

Maintenant, quels moyens avons-nous à opposer aux terribles ravages produits par la phthisie pulmonaire ? Sans entrer dans tous les détails d'un traitement qui laisse encore beaucoup à désirer, ni m'étendre sur des considérations théoriques que vous trouverez indiquées dans vos ouvrages de pathologie interne, je me contenterai de vous donner quelques indications générales qui pourront vous servir de guide dans la pratique journalière. Disons de suite que nous n'avons aucun spécifique à notre disposition, et bien que l'on ait prétendu assez récemment avoir découvert le germe de ce redoutable fléau, on n'a pas encore indiqué le remède destiné à le combattre. Notre traitement se résume donc jusqu'à nouvel ordre à traiter l'état général et un certain nombre de symptômes.

Puisque la tuberculose est la plus haute expression de la déchéance vitale, il s'en suit qu'il faut chercher par tous les moyens possibles à entraver sa marche envahissante en relevant les forces de l'économie à l'aide de toniques, de médicaments destinés à améliorer les fonctions digestives lorsqu'elles sont en souffrance, et à modifier la nutrition générale. Il faudra en conséquence traiter la dyspepsie si elle existe et conseiller l'administration de certains agents destinés à modifier la nutrition : les préparations ferrugineuses, (sirop d'iodure de fer en particulier) associées ou non aux préparations de quinquina, l'huile de foie de morue, la glycérine lorsque l'huile est mal tolérée, les sirops d'hypophosphites avec ou sans strychnine, l'arsenic, tels sont les principaux. Je vous dirai qu'en général *l'huile de foie de morue, les sirops d'hypophosphites ou de phosphates et l'arsenic ne conviennent qu'aux formes apyrétiques de la maladie tuberculeuse, et à la période initiale*, que ces médicaments ne conviennent guère aux cas de phthisie aiguë, ni à la phthisie dite caséeuse compliquée de dépôts abondants, de fièvre intense et de diarrhée. L'huile de foie de morue est généralement mal tolérée pendant la saison chaude et on la prescrit souvent à doses trop élevées. Si elle était toujours bien assimilée, il pourrait en résulter un effet favorable ; mais le plus souvent, si la dose est trop forte, une bonne partie de l'huile est éliminée par les selles, ce que démontre l'observation, et il en résulte une fatigue inutile des voies digestives. Commencez votre traitement par une cuillerée à thé, sauf à doubler plus tard cette dose, si cela était nécessaire ; et après l'avoir prescrite pendant un mois, laissez reposer pendant quelques semaines les voies digestives avant de reprendre son usage. Si l'huile fatiguait l'estomac

ou dérangeait l'appétit, il vaudrait mieux en suspendre complètement l'administration afin de ne pas nuire à la digestion qu'il faut respecter à tout prix. La glycérine convient non-seulement au début, mais aussi dans tout le cours de la maladie. Inférieure à l'huile de foie de morue lorsque celle-ci est bien digérée, elle sert à la remplacer avantageusement lorsque l'huile dérange l'estomac ou qu'il existe quelque contre-indication à son usage. Tous ces agents, messieurs, n'agissent pas directement sur la lésion pulmonaire, mais ils modifient l'état général et la nutrition du malade.

Outre ce traitement constitutionnel, il existe un certain nombre de symptômes dont il faut tenir compte et qui exercent sur la marche de la maladie une influence des plus désastreuses si on néglige de les réprimer. Un des plus importants est sans contredit la fièvre. L'agent le plus puissant que nous possédions pour la combattre est le sulfate de quinine à haute dose. Vous savez que pour obtenir une sédation marquée sur la température et sur le pouls, il faut prescrire ce médicament à la dose de 20 à 30 grs. par jour.—Un autre symptôme c'est l'affection catarrhale qui provoque la toux et souvent l'insomnie. C'est dans ce cas que la créosote végétale fera quelquefois merveille. Vous pouvez utiliser la glycérine comme véhicule dans une formule donnée par Jaccoud : ajoutez à ℥iss ou ℥ij de glycérine comme dose quotidienne, de 3 à 10 m. de créosote végétale avec une cuillerée à dessert de cognac ou de rhum et une goutte d'huile de menthe. Vous calmerez la toux, lorsqu'elle est excessive ou qu'elle trouble le sommeil, par une pilule composée de poudre ou mieux d'extrait d'opium et d'extrait de belladonne, $\frac{1}{6}$ gr de chaque pour commencer, sauf à doubler ou à tripler cette dose si cela est nécessaire. Tout en calmant la toux, cette pilule favorise le sommeil, mais vous serez quelquefois obligés de recourir à la morphine et à la codéine, au chloral ou autres anodins. Les sueurs nocturnes, lorsqu'elles sont abondantes, doivent être combattues, autant qu'il dépendra de vous de le faire. Si les sueurs dépendent de la fièvre, la quinine réussira peut-être à les calmer ; dans les autres cas, les agents les plus recommandables sont l'atropine à la dose de $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{60}$ gr., une pilule composée de belladonne $\frac{1}{4}$ gr., ou 3 grs. d'oxide de zinc, la strychnine, et c'est peut-être en partie à la présence de cette substance que le sirop de Fellows doit sa propriété de diminuer la transpiration. Une combinaison de codéine, d'atropine et de strychnine agit très efficacement sur la toux, sur les sueurs nocturnes et sur les vomissements dits réflexes qui, soit dit en passant, accompagnent la toux des phthisiques. Si la diarrhée n'est due qu'à un simple catarrhe intestinal, vous la combattrez efficacement par un grand nombre d'agents auxquels on associe le plus souvent une préparation spéciale; ceux que vous m'avez vu employer le plus ordinairement sont le bismuth à la dose de 15 à 20 grs, la solution de Fowler à la dose de 2 à 8 gtt., l'acide sulfurique aromatique à la dose de 15 à 20 gtt. associée à une dizaine de gouttes de teinture d'opium. Malheureusement cette diarrhée dépend fréquemment d'ulcérations intestinales et alors elle déjouera tous vos efforts pour la vaincre.

Une formule qui m'a toujours donné des résultats satisfaisants dans les formes apyrétiques, même à une période avancée de la maladie, alors que l'expectoration devenue franchement purulente, la fièvre hectique et les sueurs nocturnes contribuent puissamment à affaiblir le

malade, c'est la formule suivante : glycérine ℥ij ss ; sirop d'iodure de fer, ℥ss ; sulfate de morphine, gr. j. M.—Dose : une cuillerée à thé avant chaque repas et le soir au coucher. Vous trouverez que cette combinaison calme la toux, diminue l'expectoration ainsi que les sueurs nocturnes, et que loin de nuire à l'appétit, souvent elle contribue à l'améliorer.

Malgré l'importance de ce traitement général, il ne faudra pas négliger le traitement local que je considère comme très efficace. Comme il faut de toute nécessité combattre la congestion pulmonaire qui ne manque pas de se produire autour des tubercules, c'est par le traitement local surtout que vous y arriverez. Ne manquez donc pas de recourir à la révulsion par les irritants, depuis la teinture d'iode et le sinapisme jusqu'au vésicatoire volant, à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire. A la veille du ramollissement des tubercules surtout, ce que vous reconnaissez à la présence de craquements secs ou humides, ne négligez pas l'application de vésicatoires volants, de trois à quatre pouces de largeur sur deux ou trois de hauteur, appliqués sous la clavicule du côté affecté, puis au bout de huit jours sur l'omoplate correspondante, et, si les deux sommets sont malades, faites alterner vos vésicatoires de manière à produire une contre-irritation continue dans le but de continuer par là la congestion circumtuberculeuse. Ce moyen m'a toujours procuré un soulagement remarquable ; il calme la toux et l'oppression ; souvent il suffit seul pour faire cesser une hémoptisie persistante, suite de la congestion, et que l'administration interne de médicaments avait été impuissante à maîtriser. Si la congestion est intense, je n'hésite pas à appliquer un grand vésicatoire et c'est ce que vous m'avez vu faire avec beaucoup de succès à notre malade couchée au no. 49. La révulsion à la teinture d'iode et au sinapisme conviendra aux congestions plus légères ou pour continuer une contre-irritation après la disparition des symptômes les plus menaçants.

L'alimentation sera variée et substantielle, et les substances animales en constitueront la base : lait sous toutes ses formes, œufs également, viande sous ses formes usuelles quand l'estomac peut la digérer, et dans le cas contraire, ou s'il existe de la diarrhée, viande crue réduite à l'état de pulpe et donnée soit dans du bouillon tiède, soit assaisonnée avec du sucre au goût, ou préparée à l'eau de vie ou au whiskey si le malade le préfère, bouillons concentrés, certains poissons de digestion facile, huîtres etc. N'abusez jamais, messieurs, des boissons alcooliques dont on a voulu, il n'y a pas longtemps encore, faire le spécifique ou l'antidote de la phthisie. Elle ne feront du bien qu'en favorisant l'appétit et le mouvement de nutrition, et à la condition que l'estomac les digère facilement, autrement, elles seront nuisibles. A cela se résume le traitement que vous m'avez vu employer chez nos phthisiques.

Je n'ai pas eu l'intention dans ce rapide exposé de vous faire l'histoire de la tuberculose, tant s'en faut : il resterait encore beaucoup à dire sur cet intéressant sujet. J'ai voulu tout simplement fixer votre attention sur un certain nombre de symptômes et de signes présentés par nos phthisiques et que vous avez pu apprécier vous-même depuis quelque temps, les réunir et les classer en quelque sorte, de manière à vous en faire mieux saisir l'ensemble et la portée, tout en vous signalant les principales indications de traitement. Je me croirais amplement rémunéré de mon travail si je savais avoir atteint mon but.

De l'Embryotomie ;

par N. E. Dionne, M. D., Québec.

Le Révérend Père Eschbach, Supérieur du Séminaire français de Rome, a publié, en 1877 je crois, une étude sur l'Embryotomie au point de vue théologique et moral. Dans ce travail de première importance, tant à cause de la gravité de la question en elle-même que par la grande réputation du savant théologien qui l'a traitée, le R. P. Eschbach examine s'il est permis de tuer l'enfant pour sauver la mère. J'ai lu et relu cet opuscule, après avoir étudié cette question de l'embryotomie dans divers auteurs théologiques, et je ne crois pas qu'il soit possible de la résoudre plus clairement et surtout plus sainement. Comme on pourra s'en assurer par le résumé qui suit, l'auteur étudie le sujet sous toutes ses faces, il répond aux objections que sa thèse pourrait soulever. Enfin, il n'oublie rien de tout ce qui est de nature à jeter de la lumière sur un point théologique assez embrouillé jusqu'à ces derniers temps.

Dans son numéro de mai 1872, la *Revue des Sciences Ecclésiastiques*, sous le titre : *De l'Avortement Médical*, publiait un petit article de l'Abbé Cresson, sur le cas suivant, proposé en 1869 à la Sacrée Pénitencerie :

" *Thomas sacerdos arcessitur ad Juliam propter difficultatem partûs* " *graviter decumbentem. Cum fœtus nullo modo ejici queat, denunciat* " *medicus mortem matris certo imminere, nisi fœtus, antea per instru-* " *mentum vivus discerptus, per forcipem extrahatur. Rem detestatur* " *Julia ; sed urgente medico illa ratione scilicet quod præferenda est* " *certa vita matris vitæ valde incertae fœtûs, illa Thomam interrogat* " *quid agendum sit. Quaeritur utrum in casu possit fœtus directe* " *expelli? D. D. Kenrick advertit : Hunc esse usum et consuetudinem* " *plerorumque medicorum qui putant matri omnino subvemendum.* " (*Theolog. Mor., Tract. III, C. IX, No.* 128.)

" *S. Pœnitentiaria, perlectis expositis, dilecto in Christo oratori res-* " *pondet : Consulat probatos auctores. Datum Romae in S. Pœnitentiaria,* " *die* 2 *septembris* 1869."

Le docte Canoniste, prié de donner là-dessus son avis aux lecteurs de la *Revue*, a répondu avec énergie : *Non licet* — " Quelque générale " que puisse être, dit-il, cette barbare coutume, nulle raison ne peut " la justifier. Les médecins qui se permettent de la suivre sont coupa- " bles de meurtre, et, avec tout le respect qui leur est dû, ne craignons " pas de le dire, ils méritent d'être rangés parmi les assassins."

Le confesseur de la femme Julie a dû, avant de répondre, faire plus d'une distinction, surtout s'il voulait se montrer sage. Supposé que l'opération césarienne soit possible avec ses chances ordinaires de réussite, la mère se trouvera en face d'une double voie de salut. En consentant à être opérée, elle s'expose, il est vrai, à un danger dont la proportion est de 1 sur 2 ou 3 ; mais l'enfant sera conservé à la vie. Si, au contraire, ses lèvres d'abord hésitantes laissent enfin tomber ce mot barbare : tuez-le pourvu que je vive, l'enfant est immolé et l'exis-

tence de la mère elle-même ne laisse pas que d'être plus ou moins exposée. Cela étant, le doute théologique se pose comme suit :

L'embryotomie est-elle permise, si par l'opération césarienne on peut sauver la vie de l'enfant *certe* et probablement conserver la mère?

Autre hypothèse.—L'opération césarienne est jugée impraticable et l'enfant irrévocablement condamné. Déjà l'homme de l'art constate que la vie commence à lui échapper : encore un peu et probablement le sein maternel ne recèlera plus qu'un cadavre. Sans doute, chaque minute qui passe avance la mère elle-même vers la tombe ; cependant tout espoir de salut n'aura pas disparu pour elle, quand la mort aura frappé le petit être qui lui devait l'existence.

La question théologique en pareil cas peut s'énoncer ainsi : L'embryotomie est-elle permise si l'enfant doit bientôt mourir, et qu'en attendant sa mort naturelle il reste encore l'espoir probable de sauver la vie de la mère?

Enfin, 3e *hypothèse.*—A l'impossibilité de faire avec succès l'opération césariennne peut parfois s'associer une probabilité ou certitude morale, qu'à laisser la nature à elle même, la vie de l'enfant ne s'éteindra qu'au moment où l'heure suprême aura sonné pour la mère, et où toute espérance pour ce monde aura disparu. Le doute alors est le suivant : L'embryotomie est-elle permise, si elle seule peut sauver probablement la vie de la mère?

Il est clair, pour tout moraliste digne de ce nom, qu'on ne saurait faire une même et identique réponse à cette triple question.

1o "Recourez à l'opération césarienne," dira-t-il dans le premier cas.

2o "Attendez que l'enfant ait cessé de vivre" dans le second.

3o Dans le troisième, il se peut qu'il hésite.

Aussi est-ce l'unique hypothèse que nous admettions dans la présente dissertation.

Quant aux disciples d'Hippocrate, pour la plupart peut-être et contrairement aux doctrines du Maître, ils répondront aujourd'hui dans les trois cas : "Immolez l'enfant et sauvez la mère."

Cette hardiesse complaisante à appliquer le fer homicide sur un être qui n'a pour toute défense que son innocence et sa faiblesse a-t-elle été en tout temps du caractère des praticiens? Question intéressante, et dont on nous saura gré de dire un mot.

Notons d'abord que l'antiquité païenne reculait le plus souvent devant un acte empreint d'un certain caractère de cruauté. En Grèce, le père de la médecine, et à Rome, le médecin philosophe Celse, surnommé l'Hippocrate latin, n'autorisaient l'embryotomie qu'après la mort du fœtus.

Sous l'influence des mœurs chrétiennes, le sentiment contraire à la licéité de l'embryotomie sur un enfant vivant ne tarda pas à triompher. Les Arabes demeurèrent à peu près seuls à ne pas la condamner.

La science moderne reconnaît d'ailleurs que sur ce point elle se sépare de l'enseignement traditionnel : "Les praticiens les plus anciens, disent les docteurs Nœgelé et Grenzer, admettaient en principe qu'il ne faut faire l'embryotomie que sur les fœtus morts."

Aujourd'hui les médecins anglais sont d'avis qu'il faut sacrifier l'enfant toutes les fois qu'il peut être extrait par l'embryotomie : c'est l'Angleterre protestante qui la première a emboité le pas ; l'Allemagne également protestante a suivi ; la France, après avoir résisté de longues années, se laisse enfin, elle aussi, entraîner par le courant.

Maintenant, sous l'empire de quelles idées cette doctrine a-t-elle envahi le corps médical?

Les voici telles qu'en substance elles se sont produites dans des ouvrages spéciaux publiés en notre siècle : "L'embryon est un être vivant et non animé ; un être qui diffère à peine de la plante ; un parasite presque inerte, ne jouissant d'aucune faculté morale. L'embryon est déjà menacé de toutes parts ; sa vie future est incertaine ; c'est un être à peine ébauché ; il ne tient au monde par aucun lien extérieur : son importance sociale est presque nulle." (Bichat, Velpeau, Simonart, Fodéré, Cazeaux.)

Tels sont les doctrines et les principes auxquels la craniotomie sur l'enfant doit son triomphe, de date récente, dans le monde médical. Ces principes sont-ils avouables au point de vue de la morale vraiment philosophique et chrétienne? Non, mille fois non. Aucune morale honnête ne saurait assimiler le fœtus vivant à un morceau de chair. Il y a là une âme raisonnable créée à l'image de Dieu et destinée à l'immortalité. Cette âme a, dès lors, des droits imprescriptibles.

Mais revenons au cas précis dont nous cherchons la solution. Il se résume en deux mots : la mère va certainement mourir si on ne sacrifie pas l'enfant ; moyennant ce sacrifice on pourra peut-être la sauver ; c'est là en toute hypothèse son unique planche de salut. *Denunciat medicus mortem matris certo imminere, nisi fœtus antea per instrumentum vivus discerptus, per forcipem extrahatur.* "Nous connaissons la réponse de la science médicale, alors qu'elle aimait encore à s'éclairer au phare lumineux de la foi et de la théologie : "*Non licet interficere*, disait-elle, *sed implorato divino auxilio, medicamentis insistendum.*"

Mais les théologiens eux-mêmes ont-ils été unanimes à se prononcer en faveur d'une solution aussi radicale et à proscrire absolument et en toute hypothèse l'acte en question? L'importance de ce point d'histoire n'échappera à personne. Nous avons le droit et le devoir de nous éclairer de leurs solutions, et si elles sont unanimes, la règle théologique nous ordonne d'y conformer les nôtres.

Sporer résume la doctrine des théologiens : *Sine dubio intrinsecè malum et mortale est directe mortem procurere. Certissimum quoque apud omnes id nullo unquam casu vel causa licere etc.* Les théologiens de Salamanque, Sanchez, le célèbre moraliste Diana, peu suspect de tutiorisme, s'accordent à dire que : *Si remedium sit ex sua natura mortiferum fœtui et hac ratione solum sanativum quatenus est fœtui mortiferum, non potest licite adhiberi.*

Nul théologien donc n'avait encore jusqu'à nos jours autorisé un semblable moyen de subvenir au salut de la mère, et tous en ont proclamé la non-licéité.

Mais s'il en est ainsi, demandons-nous, n'y a-t-il pas au moins de la témérité à produire une solution contraire? Ne pourrait-on pas dire à celui qui aurait pareille témérité : *Concordem omnium theologorum scholae de fide aut moribus sententiam contradicere si hæresis non est, at hæresi proximus est.* Ces paroles sont de St. Alphonse de Liguori.

Depuis Sanchez jusqu'à nos jours, le même accord a continué de régner parmi les théologiens dont les écrits jouissent de quelque considération dans l'Eglise, et l'unanimité des moralistes chrétiens s'est prononcée contre la licéité de l'embryotomie sur un enfant vivant, même quand elle serait l'unique ressource de salut pour la mère.

Trois objections principales ont servi jusqu'ici à étayer la thèse des embrytomistes qui ne peuvent, comme nous l'avons vu, invoquer en leur faveur aucune autorité théologique.

1° Il est permis en certain cas de négliger le léger reste d'une vie définitivement condamnée et près de s'éteindre—St-Alphonse ne craint pas de le proclamer : " *Potest negligi parva vitæ jactura* : " or, dans notre cas, le petit enfant qui ne peut naître est condamné à mourir. En avançant la mort de quelques instants on sauvera la mère : sinon etc., etc., etc.

A ceci nous pourrions répondre en niant l'hypothèse. Elle suppose en effet, d'une part, que l'enfant ne peut manquer de mourir dans un instant ; d'autre part, que le sacrifier et hâter sa mort sera sûrement une cause de salut pour la mère etc. Or, en fait, c'est là un cas chimérique. On peut lui opposer le dilemme suivant : Ou bien la mère est proche de sa fin comme l'enfant, et alors l'embryotomie ne sera plus pour elle qu'un inutile tourment, capable de hâter sa mort ou bien de la délivrer ; ou bien elle a encore conservé toutes ses forces, et alors le petit instant que l'on suppose séparer l'enfant du trépas n'aggravera pas sensiblement la situation, et l'on peut attendre la mort de ce dernier.

2e *Objection.*—Il est permis en certain cas de tuer indirectement un innocent pour sauver sa vie propre.

R.—C'est vrai, quand une cause légitime l'exige comme le bombardement d'une ville dans une guerre juste etc. L'intention comme on le sait, est la source de la moralité des actes humains. Dans la craniotomie ou la céphalotripsie, vous n'avez pas un acte unique, mais une série d'acte distincts dont les premiers ouvrent la voie aux seconds. La décollation est l'acte décisif, et le seul qui demande à être pris en considération. Après lui, le médecin n'agira plus que sur un cadavre. Or, quelle est la nature de ce premier acte? Quels en sont les effets immédiats et directs ? Apporte-il quelque soulagement à la mère en même temps qu'il blesse l'enfant? Non, non! Ce premier acte ne produit pas par lui-même plusieurs effets : il n'en obtient qu'un seul qui est la perforation de la tête ; la pauvre mère demeure dans son triste état non moins qu'auparavant, si tant est, comme cela arrive, que sa situation ne soit pas plus compromise. Elle pourra bénéficier seulement des opérations qui suivront, et que la première aura rendues posssibles. L'intention finale du praticien de sauver la mère ne suffit donc pas pour donner à l'embryotomie le caractère d'une action licite.

3e *Objection.*—En cas de parturition impossible, l'enfant est un vrai agresseur de la vie de la mère ; agresseur innocent, il est vrai, mais contre lequel celle-ci a le droit de se défendre, tout comme contre l'attaque violente d'un fou furieux, et par conséquent, si besoin est, de le tuer ou de le laisser tuer avec l'intention directe de se conserver la vie.

Nous admettrons volontiers la proposition mineure affirmant qu'il est licite de se défendre contre un agresseur, même en lui donnant la mort si la conservation de sa vie propre en dépend. C'est le droit naturel. Reste à savoir si, en vérité, l'enfant renfermé dans le sein de la mère peut être légitimement considéré comme un agresseur inique s'efforçant d'enlever la vie à la mère.

Avant de répondre à cette grave question, il nous est agréable de céder la parole à un des plus célèbres professeurs de la faculté de médecine de Louvain, le Dr Hubert. Voici ce qu'il a écrit sur ce point, après les plus mûres réflexions :

" Nous ne le cachons pas, l'argument susdit a pendant un certain temps ébranlé notre conviction, et ce n'est qu'après y avoir longtemps réfléchi que nous croyons être parvenu à en découvrir les vices.

Pour le réduire à sa juste valeur, examinons : 1° En quoi consiste la légitime défense. 2° Si la mère et le médecin réunissent les conditions que requiert la morale pour opposer au fœtus une défense légitime.

Se défendre c'est repousser la force par la force. Aussi longtemps que par ses actes il ne l'a point aliéné, chaque individu a et conserve le droit de repousser toute aggression corporelle par des moyens proportionnés à la gravité de l'attaque. Voilà le principe.

Or, est-il soutenable, en morale pure, qu'ici il y ait attaque injuste de la part du fœtus ?

Toute attaque suppose une action. Un être passif ne saurait être considéré comme agresseur, à moins d'admettre une agression grossière, ce qui implique contradiction dans les termes. L'enfant est resté complètement étranger à sa conception, et, dans l'état de nos connaissances, il est impossible de dire s'il *prend* ou s'il *reçoit* les liquides et l'espace nécessaires à son évolution. Reconnaissons toutefois qu'il ne se comporte pas à la manière d'un corps inerte, qu'il jouit d'une certaine activité, qu'il se développe vitalement en vertu d'une force propre, et que ce développement constitue un fait nuisible à la mère.

Si, forçant un peu la signification du mot, on qualifie ce fait du titre d'attaque, est-elle injuste aux yeux de la morale?

L'injustice d'un acte doit s'envisager à un double point de vue. Au point de vue de celui qui le pose et au point de vue de celui qui s'en trouve lésé.

Au point de vue de celui qui le pose, l'acte n'est injuste que quand son auteur sort de la limite de ses droits : *nam qui suo jure utitur nemini facit injuriam.*

Si à l'enfant on reconnaît un seul droit, ce doit être avant tout celui de vivre et de se développer conformément aux lois de sa nature. A ce point de vue, son développement ne peut donc être considéré comme un acte injuste, et s'il constitue un mal, c'est un mal de *force majeure*, sans moralité aucune.

Pour celui qui se trouve lésé, l'acte est injuste dès qu'il y a empiètement sur ses droits et qu'il n'a rien fait pour légitimer cet empiètement. Or, dira-t-on, la mère a le droit de vivre, et le développement du fœtus porte atteinte à ce droit, et comme en concevant elle n'a fait qu'un acte naturel parfaitement légitime, elle doit conserver le droit de réagir contre le danger qui la menace.

Ce raisonnement serait peut être juste, si le danger procédait d'un tiers envers lequel elle ne serait liée par aucune espèce d'obligations. Mais en concevant librement, la mère a pris envers son enfant un de ces engagements que l'on désigne sous le nom de quasi-contrat, c'est-à-dire qu'elle a posé un de ces faits volontaires d'où résultent pour elle des obligations réelles, positives, et pour lui des droits naturels corrélatifs.

En vain dira-t-on que si la mère a pris l'engagement tacite de nourrir le fruit de ses entrailles, c'est uniquement dans la pensée qu'elle le pourrait sans s'exposer à un danger aussi grave que celui de l'opération césarienne. Ce serait prétendre que la morale n'oblige que quand sa pratique est facile; ce serait prétendre que le milicien enrôlé volontairement et chargé de la défense d'un pont, peut abandonner son poste sous le prétexte qu'en s'engageant il n'a pensé courir que les chances d'une guerre ordinaire. Pour lui, cependant, il ne s'agit que de l'*omission* d'un devoir, tandis que pour la mère, il s'agit en outre de la violation d'un droit, d'un fœticide par *commission*.

Remarquons, d'autre part, que c'est elle-même qui a mis l'enfant dans une position qu'il ne pouvait refuser, qu'il ne peut changer et dans laquelle il se conforme aux lois de sa destinée, de sorte que, en provoquant sa ruine, elle écarte un péril dont elle est en réalité l'*auteur et la cause première*. Or, s'il est permis de se défendre contre ses propres actes, c'est, nous semble-t-il, à la condition que ce ne soit pas au détriment d'un être innocent.

Si l'enfant ne sort pas un seul instant de la sphère de ses droits, si son attitude à l'égard de sa mère ne présente nullement les caractères d'une agression injuste, si le mal qu'il constitue est un mal sans moralité, de force majeure, et si, comme fait matériel, ce mal dérive de la mère elle-même, on ne peut soutenir qu'en le repoussant par un fœticide celle-ci réunisse les conditions voulues par la légitime défense.

L'embryotomie ou le fœticide, conclut M. le Dr Hubert, n'est donc pas justifiable; c'est la violation des droits d'un tiers, c'est un mal positif, *malum ab intrinseco*, que la fin ne peut légitimer.

Que l'on nous permette de compléter ces raisonnements, marqués au coin du bon sens et de la saine raison, par l'observation suivante:

Quelles causes physiques produisent d'ordinaire ces terribles conjonctures où, malgré tous les efforts de l'art le plus consommé, la mort n'est jamais qu'à demi-vaincue, si elle ne triomphe pas complètement? Viennent-elles de la mère? Viennent-elles de l'enfant ou des deux à la fois? Hélas! c'est habituellement la mère seule qui porte en elle-même la raison d'être de la triste impossibilité de la parturition.

L'enfant, la plupart du temps, a suivi dans la marche et le développement de son existence toutes les règles voulues par l'auteur de la nature, mais alors qu'il a le droit de franchir la porte de son obscure prison et de paraître au grand jour, la mère lui oppose une barrière infranchissable et le condamne à mourir avant qu'il ait eu le bonheur de naître. S'il y a ici autre chose qu'un malheur, si on veut à tout prix y trouver le fait d'une agression, n'est-ce pas plutôt, nous le demandons, la mère qui est l'agresseur et qui attente à la vie de l'enfant? C'est elle qui presque toujours pose physiquement l'obstacle; elle seule que la nature accuse et trouve en défaut. Or, quelle morale a jamais songé, pour cela, à permettre aux défenseurs de l'enfant—et ces défenseurs peuvent avoir, parfois, le plus grave intérêt à la conservation de son existence—de traiter cette mère malheureuse en agresseur inique? De quel droit alors voudrait-on infliger cette marque à l'innocent petit être qu'elle porte dans son sein? Non, la thèse embryotomiste ne saurait s'appuyer sur une base pareille. Aussi bien, la science médicale elle-même, malgré son penchant naturel vers l'embryotomie, n'a-t-elle jamais permis à cet argument de se naturaliser chez elle. Au commer

cement du siècle dernier, un chirurgien de Francfort, le docteur Heister, avait essayé de le faire valoir : il eut quelques rares disciples, et la chose en resta là.

Le naturalisme et le matérialisme contemporains ont seuls pu faire accréditer un acte qui ne cessera pas par cela d'être un assassinat.

Ainsi donc, en résumé :

1° La pratique de l'embryotomie sur un enfant vivant est de date fort récente parmi les médecins chrétiens et catholiques ; elle a été introduite et généralisée sous l'influence des doctrines naturalistes ou matérialistes que l'Eglise réprouve énergiquement.

2° Parmi les théologiens moralistes des siècles passés et du temps moderne, jouissant tant soit peu de quelque autorité, il ne s'en est pas trouvé un seul qui ait jamais permis de tuer l'enfant, alors même qu'il serait constaté que dans l'embryotomie réside l'unique ressource pour la mère, et que sans elle les deux vies périront infalliblement.

3° On ne saurait assigner aucun principe communément reçu dans l'enseignement théologique d'où l'on puisse conclure à la licéité de l'embryotomie dans le cas susdit.

Inscrivons donc en tête de nos manuels de l'art obstétrical ces mots : " L'enfant dans le sein de sa mère est un homme, vous le respecterez et vous ne le tuerez pas, *non occides*—ou encore, ces autres du médecin de Castro : *Puer vivus nulla ratione dissecari debet... Sed, imploratio divino auxilio, medicamentis insistendum* "

Québec, 21 avril 1884.

De la chorée, par M. Hénoch.—La chorée est le résultat d'une irritation du centre, encore inconnu, de coordination du cerveau. Cette irritation peut être due :

1° A des causes matérielles directes : chorée symptomatique :

2° A des irritations de nature obscure, que nous désignons par le terme de *dynamiques :* causes physiques chez les hystériques, causes réflexes chez les enfants et les femmes enceintes, etc. ;

3° A des états spéciaux du sang (diminution des corpuscules rouges) : chorée des anémiques, chorée des maladies infectieuses ;

4° Au rhumatisme.—Il ne s'agit pas d'une manifestation réflexe dont le point de départ serait dans les lésions cardiaques du rhumatisme, mais bien d'une manifestation nettement rhumatismale, sans qu'il soit possible d'en spécifier la nature.—*Abeille méd.*

Traitement des ascarides vermiculaires par les lavements d'huile de foie de morue.—Il est fort souvent difficile de faire disparaître complètement les ascarides vermiculaires, parce qu'on ne les atteint pas tous, et qu'ils repullulent avec la plus grande facilité. M. le Dr Szerlecki, de Mulhouse, rapporte une observation dans laquelle il obtint un succès rapide et complet en employant des *lavements d'huile de foie de morue*, deux fois par jour, avec six cuillerées à soupe d'huile pure. Il y avait en même temps un intertrigo opiniâtre qui disparut également.—*Paris médical.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Paralysie agitante.—Clinique de M. le prof. CHARCOT à la Salpétrière.—Je vais profiter de ce que je possède, dans mon service, un certainnombre de femmes atteintes de paralysie agitante, pour vous parler aujourd'hui de cette affection qui, bien qu'elle laisse vivre, est implacable et se rit de la thérapeutique. Bien décrite par Parkinson, elle appartient à la classe des névroses et a pour éléments fondamentaux une rigidité et un tremblement particulier.. Il ne faudrait pas croire toutefois que ces deux symptômes se rencontrent toujours en même temps chez un même individu. Ils peuvent, il est vrai, exister en même temps ; mais comme il arrive fréquemment que l'un des deux prédomine et que le tremblement, par suite, peut très bien ne pas se montrer, j'ai proposé depuis longtemps de remplacer le mot de paralysie agitante par celui de maladie de Parkinson qui a, en outre, l'avantage de ne pas être compris des malades qui ne se considèrent pas comme paralysés, puisqu'ils ont encore une certaine force. La rigidité et le tremblement pouvant, comme nous venons de le dire, exister ensemble ou séparément, il en résulte que cette affection peut se présenter sous trois formes différentes. Dans la première, les deux symptômes auront la même intensité ; tandis que dans les deux autres, l'un des deux éléments fera défaut.

Ceci dit, considérons la rigidité qui existe chez la malade que je viens de faire amener et, afin de l'étudier avec méthode, nous allons successivement passer en revue les différents phénomènes qui existent lorsque la malade est assise, de façon à ce que vous soyez déjà fixés, lorsque je la ferai lever et marcher. Cette immobilité est si grande qu'elle nous fait croire à un affaiblissement des fonctions intellectuelles, ce qui n'est pas, comme vous le verrez plus tard.

La tête est légèrement inclinée en avant et la malade ne la tourne ni à droite, ni à gauche, pour regarder les assistants, parce qu'il existe une certaine rigidité dans les muscles du cou. Il ne faut pas en conclure, cependant, que la malade est dans l'impossibilité de faire des mouvements. Elle ne bouge pas, en général, parce qu'il lui faut faire un certain effort pour vaincre cette rigidité, et cela est tellement vrai, que je n'ai qu'à la prier de tourner la tête à droite, ou à gauche, pour qu'elle m'obéisse immédiatement. Il y a aussi un retard considérable entre la volition, qui dépend du cerveau, et le mouvement, qui est sous l'influence des muscles. La parole est scandée, saccadée.

Cette immobilité, affectant aussi les traits de la face, fait que la physionomie de la malade respire l'hébétement. Son regard est fixe, parce que les muscles des yeux sont eux aussi rigides et qu'il faut faire un certain effort pour vaincre cet élément. Les clignements sont, de plus, excessivement rares, et tous ces symptômes sont tellement caractéristiques, qu'ils suffisent à eux seuls pour établir le diagnostic. Je vous dirai que, pour ma part, j'ai vu entrer dans mon cabinet un certain nombre de ces malades et que, chaque fois, quoique je les écoutasse

avec bienveillance, mon diagnostic était fait d'avance. Il ne me reste plus pour en avoir fini avec la tête et la face, que d'ajouter qu'il est très fréquent de voir les malades porter leur mouchoir à leur bouche, afin de recueillir la salive qui est rejetée à l'extérieur, parce que la déglutition se trouve aussi un peu en retard.

Si nous considérons maintenant les membres supérieurs, nous trouvons qu'ils sont rigides et dans la demi-flexion au niveau du cou et du poignet. Cette rigidité, qui n'empêche pas toutefois les mouvements, se fait suivant certaines lois. Aux mains, il existe une déformation d'un genre particulier, qui tient à la prédominance de la flexion des phalanges sur le métacarpe et qui rappelle l'attitude de la main lorsqu'on tient une plume pour écrire. Les membres inférieurs sont, eux aussi, rigides, mais la malade est capable de marcher. Cette rigidité est quelquefois assez marquée pour simuler la paraplégie spasmodique, conséquence d'affections spinales qui ont pour siège spécial les faisceaux pyramidaux. La meilleure manière de faire un bon diagnostic, et de ne pas confondre ces deux maladies, est de s'assurer de l'état des réflexes rotuliens. Dans la paraplégie, il y a une exagération, tandis que dans la paralysie, où on n'observe pas de trépidation spinale lorsqu'on redresse la pointe du pied, ils sont normaux.

Voilà ce qui concerne l'analyse des différents phénomènes que l'on peut reconnaître quand la malade est assise; nous allons maintenant la faire lever et nous remarquerons qu'elle est légèrement penchée en avant, la tête regardant la poitrine et le tronc incliné sur le bassin. Les membres inférieurs et supérieurs sont fléchis et les mains sont appliquées quelquefois sur la base du thorax et quelquefois sur l'abdomen.

Cette attitude n'appartient qu'à la paralysie agitante et si nous faisons marcher la malade, elle détache péniblement du sol les membres l'un après l'autre et a une tendance à la festination ; c'est-à-dire qu'elle est comme entraînée et que si on ne l'arrêtait dans sa marche, elle ne tarderait pas à courir et à tomber. Se retourner dans un petit rayon étant une chose extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, les malades font en général des routes considérables afin d'avoir un circuit plus grand. Ils ressemblent, comme l'a très bien dit Parkinson, à des automates. Si on les pousse, ils marchent, et, si on les tire, on est forcé de les arrêter. Leur marche rappelle celle de l'éléphant ou de l'hippopotame.

Il existe encore le phénomène de la rétropulsion, que notre malade connait, car elle m'a dit que si son corps venait à se pencher en arrière, elle allait à reculons, mais que beaucoup de malades possèdent, sans en avoir conscience, et qu'on est par suite obligé de provoquer. Il suffit alors de tirer légèrement cette femme par derrière pour la voir partir à reculons et ne s'arrêter que lorsque vous vous interposerez. Avant d'en finir, je vous dirai qu'on rencontre ces malades un peu partout. J'en ai vu en Espagne, en Italie et principalement dans les villes d'eau, où on les promène dans de petites voitures.

Etudions maintenant le tremblement, que beaucoup d'auteurs ont considéré à tort comme chose absolument essentielle, puisqu'il peut très bien, comme vous venez de le voir, ne pas exister, et n'en disons que quelques mots, parce que nous serons obligés d'y revenir quand nous aborderons le diagnostic. Je vous ferai remarquer que ce sont de petites oscillations très courtes, qui occupent en général les extré-

mités et qui n'envahissent le tronc que par communication. Il y a, à ce sujet, une grande discussion entre moi et quelques auteurs. Ces derniers m'ont sans doute mal compris ; car en avançant que la tête ne tremblait pas, j'ai simplement voulu dire qu'elle ne tremblait pas par elle-même, mais seulement par communication. Dans les mains, ce sont les doigts qui s'agitent. Ils se fléchisent tous en même temps vers la paume de la main et se redressent de même. Quant au pouce, il est indépendant et semble rouler une boulette. Pour les pieds, c'est la même chose.

Nous avons donc affaire à un tremblement rythmique qui n'a que très rarement de grandes oscillations et qui existe tout aussi bien dans l'état de repos que dans celui de mouvement. C'est donc une agitation perpétuelle qui ne cesse qu'au moment où le malade s'endort et qui, n'étant modifiée que très rarement par les excitations volontaires, permet cependant aux malades de prendre un verre rempli d'eau, de le porter à leur bouche et d'en boire le contenu, sans trop renverser de liquide.

Comparons maintenant ce tremblement à celui de la sclérose, de la chorée et de l'athétose. Dans la sclérose en plaques, les mains placées sur les genoux ne bougent pas ; mais si vous faites prendre à la malade un verre rempli d'eau, et que vous le lui fassiez porter à sa bouche, les oscillations seront d'autant plus intenses qu'elle arrivera au but. Il y a là, quoique le mot ne soit pas français, un tremblement intentionnel.

Dans la chorée les oscillations sont bien différentes. Elles existent, comme dans la paralysie agitante, dans l'état de repos et dans celui de mouvement, mais elles en diffèrent en ce qu'elles décrivent des courbes tout à fait fantaisistes. Si l'on donne un verre rempli d'eau à cette jeune fille, elle ne peut pas arriver à boire. Elle le promène à droite, à gauche, en haut ou en bas, et gesticule, selon Sydenham, comme un charlatan.

Quant au tremblement de l'hémichorée post-hémiplégique, il ne cesse pas, et si la main gauche de cette malade ne bouge pas, c'est parce qu'elle l'appuie fortement sur son genou. Détachez-la du membre inférieur et vous allez la voir prise de gesticulations tellement insensées que, si je prie la malade de porter l'index à son nez, elle se donnera une giffle.

Reste l'athétose, où il n'y a pas de repos et où, comme le signifie du reste le mot, il y a impossibilité de maintenir une position fixe. Les doigts maintenus, tantôt dans la flexion et tantôt dans l'extension, s'agitent comme les tentacules d'un poulpe et sont incapables de tenir quelque chose.

Ceci dit, je reviens maintenant à la paralysie agitante. Les malades ont des crampes. Il faut les changer de place à chaque instant : ce sont, par suite, de véritables cauchemars pour les filles de salle. Ajoutez qu'ils ont un sentiment de chaleur excessive, qui n'est en rapport avec aucune modification de la température centrale et qui fait qu'on est obligé de les découvrir, même en hiver.

Passons maintenant à l'étiologie et citons, au nombre des causes occasionnelles puissantes, la peur. Pendant la commune, un certain nombre de gens qui avaient manqué d'être fusillés sont revenus pris de paralysie. Il en fut de même pendant le siège de Strasbourg, où la paralysie se développa chez plusieurs personnes qui avaient été effrayées plusieurs jours auparavant par les bombes qui tombaient comme

de la pluie. Ce n'est peut être là qu'une apparence qui demande une prédisposition, comme l'arthritisme, et principalement l'hérédité nerveuse. Le père de la malade qui nous a servi de type est mort fou, et sa sœur s'est tuée en se jetant par la fenêtre dans un accès de fièvre typhoïde.

Quant au pronostic et à la marche de l'affection, il n'y a rien de plus fâcheux. La maladie ne s'arrête jamais, et aucun traitement n'est susceptible, non pas de la guérir, mais même de l'enrayer pour quelque temps.—*Praticien.*

Traitement de la pneumonie et de la fièvre entérique par les bains tièdes.—Le Dr Bozzolo préconise l'emploi des bains tièdes dans le traitement de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Sur 64 cas de pneumonie, 27 furent soumis à cette méthode, dont un seul mourut, tandisque sur les 34 cas non traités par les bains, six furent fatals. Les malades traités par les bains séjournèrent à l'hôpital environ 19 jours ; les autres durent y rester 26 jours en moyenne. Rarement on remarqua un abaissement de la température après un bain d'une heure seulement, mais après les bains ayant duré deux ou trois heures, l'abaissement était marqué ; en général il l'était d'autant plus que le bain se prolongeait davantage, les plus longs étant de cinq heures. La température restait ainsi abaissée plus longtemps après le bain tiède qu'après le bain froid, mais la sensation de bien-être éprouvée par le malade après un bain froid ne survenait pas aussi vite après un bain tiède.

Dans la fièvre typhoïde, les bains tièdes ne sont pas aussi utiles que les bains frais ou froids qui ont une influence manquée sur la stupeur, le délire et autres symptômes analogues.—*Cincinnati Lancet and Clinic.*

Traitement de la spermatorrhée et de l'impuissance (1).—Le prof. Frank H. Hamilton est d'avis que si les pollutions ne se montrent qu'occasionnellement et n'affectent pas la santé générale, aucun traitement ne doit être institué ; ce n'est que quand la santé générale et les facultés intellectuelles sont en souffrance qu'il institue un traitement essentiellement tonique : diète nutritive, toniques minéraux, bains froids, exercice à l'air libre, etc. Il proscrit l'usage des alcooliques et du tabac. Pour prévenir les pollutions, qui, le plus souvent, ont lieu la nuit ou vers le matin, alors que le malade dort profondément, il recommande aussi de lui donner un repas léger le soir, l'usage d'un lit dur, peu de couvertures, miction avant le coucher et durant la nuit si possible, enfin, sommeil sur le côté. Si le malade dort sur le dos, l'urine renfermée dans la vessie comprime les vésicules séminales et expose à une éjaculation de sperme. Contre l'irritation du col de la vessie, Hamilton préconise, à l'instar de Lallemand, les cautérisations au nitrate d'argent ; seulement, il rejette la porte-caustique de cet auteur pour y substituer un cathéter non fenêtré mais muni de plusieurs petites ouvertures à travers lesquelles la solution est appliquée au moyen d'une petite éponge fixée au mandrin de la sonde. Il emploie d'abord une solution de 5 grains à l'once, augmentant jusqu'à 10 ou 20 grains au besoin.

Tous ces moyens peuvent rester sans effet. Le mariage au contraire

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

constitue un moyen presque infaillible. Une amélioration marquée se fait sentir dès les premières semaines ou les premiers mois, et, dans la plupart des cas, la guérison est obtenue au bout d'une année ou deux.

La ligature des artères spermatiques ou des vaisseaux déférents et la castration sont des moyens curatifs que l'auteur n'emploie que dans les cas de manie et d'onanisme excessif.

Le prof. A. C. Post fait aussi de la médication reconstituante et de la médication locale. Avant d'employer le nitrate d'argent, il tente de faire disparaître l'irritabilité uréthrale par l'introduction de sondes d'acier tous les deux ou trois jours. Il a eu quelques succès avec l'ergot à la dose de 30 minimes (extrait fluide) 3 fois par jour, et continué pendant quelques semaines. Il considère important que les intestins soient tenus toujours libres. Les diurétiques stimulants (cubèbe, copahu, térébenthine, etc.) lui ont donné quelques bons effets. Il ne néglige pas l'hygiène.

Le Dr J. C. Hutchinson, de Brooklyn, outre les mesures hygiéniques, recommande spécialement l'ergot. Contre l'hyperesthésie de l'urèthre il applique, au moyen d'un cathéter ouvert, un onguent altérant et astringent à la fois :

℞—Cupri sulph..... gr $\frac{1}{4}$
Adipis..... ℥j

Il s'est servi avec succès de suppositoires d'acide phénique ($\frac{1}{4}$ gr) qu'il introduit dans l'urèthre où il les laisse fondre. Il a mis de côté le porte-caustique de Lallemand. A bout de ressources, il prescrit le mariage. Si l'impuissance est marquée il administre la teinture de cantharide (m. xv) avec la strychnine (gr $\frac{1}{25}$), ou le phosphore ($\frac{1}{50}$ gr.)

Le Prof. Theo. A. McGraw, de Détroit, ne croit pas qu'une seule émission par jour puisse affecter la santé, puisque, dit il, on voit nombre de maris se livrer au coït plus d'une fois par nuit et cela sans trouble appréciable. Il ne traite donc pas la spermatorrhée légère. Une ou deux éjaculations involontaires par mois ou par semaine constituent, suivant lui, une nécessité physiologique que l'on rencontre chez tous les jeunes gens qui fréquentent un peu le monde ; il faut que le trop plein de la nature se déverse. Il défend spécialement la lecture des nombreux pamphlets écrits sur la spermatorrhée, pour que le malade ne s'exagère pas la gravité de la maladie et qu'une inquiétude continuelle n'affecte pas son moral, et dans cette tranquillité d'esprit, il lui conseille le *conjungo*.

Acton, de Londres, met en pratique les règles hygiéniques, la morale, les toniques généraux et la cautérisation.

Gant partage les vues d'Acton.

Humphrey considère dangereux l'état du malade qui a deux, trois ou quatre émissions par semaine. Son traitement ne diffère guère de ceux cités plus haut.

Des indications fournies par les causes, par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.—Elles n'existent que dans les cas où la cause est persistante ; celle dont l'action est momentanée et cesse du moment où la lésion a commencé à se développer échappe nécessairement à toute intervention thérapeutique ; il en est évidemment ainsi du refroidissement qui a déterminé la pneu-

monie ou la sciatique, du traumatisme qui a produit une contusion, une fracture ou une luxation, du coup de soleil qui a provoqué des troubles cérébraux ; la prophylaxie et l'hygiène permettent d'éviter l'action de ces causes, mais du moment où elle est produite, on n'a plus aucune prise sur elles.

L'action sur la cause *déterminante* a une importance capitale ; elle peut suffire à enrayer la maladie. S'il s'agit d'une maladie parasitaire, la destruction de l'animal ou du végétal qui s'est développé dans l'organisme a souvent pour résultat la disparition des accidents épileptiformes causés parfois par le tænia, des éruptions liées à la présence dans la peau de l'*acarus scabiei*, du tricophyton ou du microsporon, de la diarrhée provoquée par l'anguillule stercorale; dans toutes les maladies infectieuses on doit tenter de même d'agir sur l'élément animé qui en est la cause prochaine; on y réussit souvent dans la fièvre intermittente à l'aide du sulfate de quinine, et dans le chancre simple à l'aide de la solution de nitrate d'argent ou du tartrate ferrico-potassique, dans la pustule maligne à l'aide du fer rouge ou du sublimé en poudre. Il est d'observation que les *médicaments auxquels les cliniciens ont attribué la plus grande efficacité dans le traitement des maladies infectieuses sont précisément des parasiticides.* Nous citerons en première ligne le mercure et l'iodure de potassium employés dans la syphilis ; nous avons soutenu en 1878, contre l'opinion de maîtres éminents, que ces agents font disparaître les manifestations de la maladie, non par une action antiplastique et dénutritive qu'ils n'ont pas, mais en détruisant l'élément infectieux qui les détermine ou en faisant de l'organisme un milieu défavorable à son développement; on sait qu'il suffit d'une très minime proportion de sublimé dans une solution pour empêcher la plupart des fermentations de s'y produire.

Si la maladie n'est pas guérie par ces médicaments, elle est toujours améliorée ; ne sait-on pas d'ailleurs qu'il faut plusieurs mois de traitement pour détruire les champignons d'une teigne? faut-il s'étonner que les agents infectieux de la syphilis ne puissent être facilement détruits en totalité? le bacille de la tuberculose paraît être encore plus résistant. M. H. Martin a constaté récemment qu'il résiste à tous les parasiticides connus ; cependant c'est *encore à des agents de cette nature que les médecins ont recours pour traiter cette maladie :* ce sont les sulfureux et les préparations arsenicales ; on est donc arrivé, par l'expérience clinique, à instituer, pour cette maladie comme pour la syphilis, la médication que les notions récemment acquises sur leur nature permettent de considérer comme la plus rationnelle ; ici encore l'empirisme a devancé la science.

La créosote, introduite dans la thérapeutique par MM. Bouchard et Gimbert *dans le but d'agir sur l'infectieux de la tuberculose*, paraît donner de bons résultats.

De même Liebermeister assure avoir enrayé l'évolution de la fièvre typhoïde au moyen du calomel, et les antipyrétiques qui semblent agir favorablement sur elle sont également des parasiticides.

On enraye le développement des pustules varioliques en les recouvrant d'un emplâtre mercuriel.

On ne peut se dissimuler qu'il est fort difficile d'aller détruire les microbes dans le sein de l'organisme ; les chirurgiens réussissent beaucoup mieux à les empêcher de pénétrer qu'à les poursuivre chez le

sujet infecté. Néanmoins les résultats obtenus dans la fièvre intermittente et dans la syphilis permettent d'espérer que le problème n'est pas insoluble, et que l'on arrivera à *tuer l'agent infectieux sans nuire au malade.*

Les poisons doivent être également détruits, expulsés au dehors ou transformés en substances inoffensives. On n'a d'action réelle sur eux que dans les cas où ils sont encore contenus dans les voies digestives; on peut alors les expulser à l'aide de vomitifs ou de purgatifs, ou en annihiler le pouvoir toxique en faisant ingérer au malade des substances qui forment avec eux des combinaisons inoffensives. Quand le poison a été absorbé et transporté dans les tissus, tous les efforts du médecin doivent tendre à en favoriser l'élimination qui peut se faire surtout par la peau et par les reins.

Il faut se garder de croire que la disparition de la cause déterminante soit toujours suivie d'une guérison complète; trop souvent des lésions irréparables se sont produites; d'autres continuent à progresser après que l'influence pathogénétique a cessé de se faire sentir; la cirrhose alcoolique persiste et s'aggrave alors que les malades ont depuis longtemps cessé tout excès; le tremblement mercuriel et les paralysies saturnines peuvent durer indéfiniment; il en est de même d'une hémiplégie syphilitique, bien que la néoplasie qui l'a produite n'ait eu qu'une existence temporaire: une artère a été oblitérée, un département du cerveau, privé de sang, s'est ramolli, c'est là une lésion définitive qui nécessairement survivra à sa cause; on peut de même voir des paralysies diphthéritiques passer à l'état chronique.

La thérapeutique doit s'adresser également aux *causes internes;* chaque fois qu'une diathèse est en jeu, le traitement général peut avoir une importance égale ou supérieure à celle du traitement local; l'air marin et les préparations iodées agissent puissamment sur les manifestations de la scrofule; dans les maladies infectieuses, le traitement peut n'avoir d'autre objet que de diminuer ou d'annihiler la réceptivité de l'organisme; les résultats heureux de l'emploi des excitants contre les teignes ne peuvent être interprétés différemment; M. E. Besnier pense même que telle est aussi l'action des parasiticides. La suralimentation et le séjour dans les montagnes semblent rendre l'organisme peu favorable au développement de la tuberculose.

On a attribué à certains médicaments une action sur la diathèse elle-même, et l'on donne, dans ce but, de l'arsenic aux herpétiques et des alcalins aux arthritiques, sans que l'efficacité de ces moyens soit bien démontrée. On peut combattre avec plus de succès la prédisposition que constitue l'asthénie, particulièrement celle des convalescents; c'est ici le triomphe de la médication tonique et des reconstituants.— *Bulletin de thérapeutique.*

Du prurit comme symptome de la maladie de Bright.— 1° Dans le cours du mal de Bright on rencontre, en dehors de toute éruption à la peau, un prurit pouvant envahir toute la surface tégumentaire.

2° Ce symptôme peut se présenter sous trois différents aspects :

a. sous forme de prurit pur et simple ;

b. sous forme d'horripilation ;

c. sous forme de fourmillement.

3°. Ces sensations accompagnent souvent la maladie de Bright; les malades les accusent à différentes périodes, soit au début soit dans le cours de l'affection.

4° Observées au commencement elles constituent un symptôme important et d'une grande valeur séméiologique. A cette période, elles coïncident avec la pollakiurie, les crampes, les palpitations, troubles de l'ouïe, épistaxis, etc., et peuvent précéder l'apparition de l'œdème et de l'albuminurie, ce qui est d'un grand service pour le médecin qui peut ainsi poser son diagnostic en l'absence de tout autre signe.

5° Survenant à une période ultérieure, ces mêmes sensations ne deviennent plus qu'un signe additionnel et ordinaire de la maladie.

6° On en est encore à bâtir des hypothèses sur la nature pathologique de ce prurit. Il indique un désordre quelconque dans la sphère sensorielle, dû, probablement, à l'iritation des extrémités périphériques des nerfs par les matières excrémentitielles retenues dans le sang par suite du défaut d'action des reins.—*Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des injections intravésicales.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker. — Si j'avais d'une manière générale à formuler mon opinion à l'égard des injections intravésicales, je commencerais par vous dire que *j'en pense beaucoup de bien et beaucoup de mal.* Comme la plupart des moyens thérapeutiques dont l'efficacité n'est plus à démontrer, elles sont entre les mains du médecin une arme à double tranchant. Excellent instrument pour qui sait bien s'en servir, instrument dangereux pour qui n'en a pas l'expérience nécessaire. Mal faites, en effet, les injections font souvent éclater des accidents graves: hématuries, prostatites, cystites, néphrites même, accidents qui tiennent beaucoup plus, je dois vous le déclarer dès maintenant, à la manière dont le liquide est poussé, qu'à sa nature et à sa composition pharmaceutique.

Les injections intra-vésicales peuvent se pratiquer dans les conditions les plus diverses et viser des résultats essentiellement différents. C'est ainsi qu'elles poursuivent tantôt une simple *action mécanique,* tantôt une *action dynamique modificatrice.* Dans l'un et l'autre de ces cas, elles peuvent être dirigées sur la vessie elle-même ou sur son contenu.

L'*action mécanique sur le contenu de la vessie* a pour but de provoquer l'évacuation des substances que sont en suspension dans l'urine, lorsque cette évacuation ne se fait pas spontanément pendant l'acte de la miction. Parfois il s'agit de petits calculs ou de graviers, d'autres fois de caillots sanguins et surtout des produits de la sécrétion pathologique des reins ou de la vessie, qu'ils soient ou non altérés par leur mélange avec l'urine.

L'*action mécanique sur les parois de la vessie* a pour but de dilater cet organe lorsqu'il est revenu sur lui-même, et rétréci en quelque sorte à la suite d'une altération quelconque, soit de ses propres parois, soit du système nerveux. La dilatation progressive de la vessie par des injections semble être dans ces conditions l'équivalent de la dilatation du canal rétréci par des bougies graduées.

L'*action modificatrice sur les parois vésicales* pourra être utilisée lorsqu'elles seront plus ou moins profondément altérées par le fait de l'inflammation. Les solutions astringentes, cathérétiques ou caustiques ne conviennent pas moins à la vessie malade qu'à la plupart des autres organes, l'œil, l'oreille ou la gorge.

Enfin l'*action modificatrice sur le contenu de la vessie* vise le moyen de prévenir ou de combattre par des substances antiseptiques la transformation ammoniacale de l'urine, transformation qui vient si souvent compliquer divers états pathologiques et concourir dès lors à les entretenir et les aggraver.

J'ajouterai, pour terminer, que les injections sont un *très puissant auxiliaire pour le chirurgien dans le cours de plusieurs opérations importantes, telles que la lithotritie et la taille.*

Vous le voyez, messieurs, ce simple énoncé des circonstances dans lesquelles on peut utiliser les injections vous montre déjà combien est vaste le champ qu'elles offrent à notre étude.

Je vous parlerai tout d'abord de celles qui agissent mécaniquement sur les substances étrangères contenues dans la vessie pour en favoriser l'expulsion. On pourrait les appeler : *injections évacuatrices.* Ce sont de véritables *lavages.*

Le contenu à évacuer consiste parfois en *graviers* ou *débris de calcul* ou tout autre corps étranger comparable. D'autres fois, il s'agit de *masses purulentes ou glaireuses* qui, par le fait de leur poids ou de leur viscosité, ne peuvent s'échapper en même temps que l'urine. Dans la vessie, comme dans un verre à pied ou un bocal, elles se déposent et gagnent les parties déclives. Aussi, lorsque les urines sont purulentes, voit-on généralement la proportion de pus augmenter à mesure que la miction s'avance. Les dernières gouttes sont souvent constituées par du pus en nature. Pour peu que la vessie ne se vide pas, c'est donc du pus et non de l'urine, ou tout au moins une urine très fortement mêlée de pus, qui stagne dans la vessie. Or, s'il est, à l'heure actuelle, un principe universellement admis en chirurgie, c'est la nécessité de soustraire toute surface qui suppure au contact incessant de ses produits de sécrétion. Le drainage des plaies n'a pas d'autre but, ce drainage qui occupe une si belle place dans les progrès modernes de la chirurgie, et sans lequel aujourd'hui encore les méthodes antiseptiques seraient incomplètes. De même, les injections détersives sont indiquées toutes les fois que l'urine contient du pus. Elles le sont surtout quand ce pus à pris naissance dans la vessie et ne provient pas d'une affection rénale. En effet, lorsque le pus vient du rein et que la vessie est encore saine, son éptithélium la protége en quelque sorte contre ce contact irritant. Et cependant, ne voyons-nous pas souvent la peau rougir et s'ulcérer au voisinage des abcès dans les points déclives exposés au contact du pus qui s'écoule ? Quoi qu'il en soit, c'est surtout lorsque la vessie elle-même est la source du pus qu'il est utile de pratiquer de temps en temps des lavages et de garantir ainsi contre ses propres produits de sécrétion la muqueuse que l'inflammation a privée de sa protection naturelle. Les injections sont alors d'autant plus nécessaires que les urines subissent très fréquemment la fermentation ammoniacale. Sous cette influence, le pus s'altère, il se transforme en une gelée épaisse, visqueuse, alhérente, que le liquide injecté a souvent beaucoup de peine à désagréger. Il n'en est que plus utile de

déterger la vessie, car c'est alors précisément que les produits de sécrétion, aussi bien que l'urine, acquièrent leurs propriétés les plus irritantes. Indépendamment des graviers et du pus, la vessie peut contenir encore des *caillots sanguins* plus ou moins abondants, dont il est souvent très difficile d'obtenir la fragmentation et l'expulsion.

Dans tous ces cas, les injections pourront rendre les plus grands services ; quelquefois même, elles sont absolument nécessaires. Mais je m'empresse de vous dire que vous ne devez jamais y recourir sans vous être assurés qu'il n'existe pas de *contre-indications*. Celles-ci sont fréquentes, et c'est parce qu'on n'en tient pas en général assez compte qu'on voit si souvent les injections donner, au lieu des bons effets annoncés, des résultats fâcheux. Parmi ces contre-indications, se place en première ligne *la douleur*. Pour peu qu'elle soit vive, vous vous abstiendrez de toute injection. Ce mode de traitement ne saurait être mis en œuvre sans provoquer un certain degré de distension, ce qui ne tarderait pas à aggraver les accidents. J'ai trop longuement insisté, dans une récente leçon, sur les effets de la distension, pour avoir besoin d'y revenir aujourd'hui. Je n'ai plus rien à vous apprendre désormais ni sur le rôle physiologique, ni sur le rôle pathologique de toutes les manœuvres qui entraînent, à quelque degré que ce soit, la distension douloureuse de la vessie.

Les lésions rénales sont encore, après la douleur, une véritable contre-indication aux injections. Je veux parler surtout des *lésions rénales aiguës*, car si on voulait s'abstenir de lavages toutes les fois qu'il existe des lésions chroniques, on arriverait presque à supprimer ce mode de traitement. L'expérience a montré du reste que, prudemment faites, les injections n'avaient pas alors de conséquences fâcheuses.

Lorsqu'il n'y aura pas de contre-indication et que les injections vous paraîtront nécessaires, comment devrez-vous les pratiquer ? A quelle règle obéirez-vous pour décider de la forme et du volume de la sonde, de l'instrument à l'aide duquel vous pousserez l'injection, de la position que vous ferez prendre au malade, de la nature et de la quantité de liquide que vous pourrez introduire en une fois ? Ce sont autant de questions, vous le comprenez, au sujet desquelles il importe d'être nettement fixé.

Le *volume de la sonde* dépendra en premier lieu des dimensions du canal, et ensuite de la nature du contenu de la vessie qu'on se propose d'évacuer. Plus l'abondance des débris calculeux ou des produits de sécrétion rendra les lavages nécessaires et plus une sonde volumineuse offrira d'avantages. Il est bon toutefois de ne pas arriver aux dimensions extrêmes. Même après la lithotritie, je n'emploie jamais de sonde dépassant le n° 25. Le n° 21 suffit même dans bien des cas. Quant aux grosses sondes n° 30 et au-dessus, employées en Amérique, elles exposent à des lésions graves de l'urèthre et je ne puis vous les recommander.

La *courbure de l'instrument* varie forcément avec la substance dont il est fait. Lorsqu'on emploie une sonde métallique, et il ne faut y recourir en général que pour l'évacuation des fragments après la lithotritie, on peut se servir avec avantage d'une sonde presque droite, comme Bigelow, ou de faible courbure, comme Thompson. J'ai démontré que la sonde à grande courbure des chirurgiens français était un bon instrument d'évacuation et qu'il fallait le préférer toutes les fois que la

prostate était difficile à franchir. Mais je fais usage habituel d'une sonde à petite courbure analogue à celle d'un lithotriteur n° 2.

Les sondes métalliques doivent être à peu près exclusivement réservées pour l'évacuation des débris calculeux ; aussi choisirez-vous le plus souvent une sonde en gomme ou même en caoutchouc vulcanisé. Ce dernier instrument est celui dont vous vous servirez de préférence dans le catarrhe de la vessie qui succède si fréquemment à l'hypertrophie de la prostate et qui représente, parmi toutes les affections des voies urinaires, celle qui réclame le plus utilement le traitement par les injections.. Un n° 20, souvent même un n° 18, sera suffisant ; vous pouvez, si le canal est sensible, descendre au n° 16, bien que la lumière en soit assez étroite, pour effectuer sûrement un bon lavage. Si toutefois vous étiez en droit de penser, d'après l'abondance du pus, le degré de l'alcalinité, les sensations éprouvées par les malades, qu'il existe dans la vessie des masses glaireuses trop épaisses pour traverser de telles sondes, vous pourriez en prendre d'un peu plus volumineuses : vous pourriez même recourir, mais à titre absolument exceptionnel, aux sondes métalliques dont la lumière est beaucoup plus large.

Prendrez-vous un *instrument à un seul ou à deux yeux ?* Lorsque vous vous servirez de sondes en caoutchouc vulcanisé vous n'aurez pas à vous adresser cette question. Elles n'ont généralement qu'une seule ouverture et cela suffit pour les besoins ordinaires, c'est-à-dire tant que le contenu à évacuer consiste simplement en dépôts purulents non glaireux. Mais si vous êtes amenés à employer des sondes en gomme et surtout en métal, vous ferez bien de les prendre avec deux ouvertures. M. le Dr Desnos a dû faire de nombreuses expériences pour élucider les conditions mécaniques de l'aspiration des fragments. Ses recherches très ingénieuses et conduites avec une grande perspicacité clinique ont démontré que la *sonde à deux yeux* avait une supériorité incontestable et devait être préférée, non seulement après la lithotritie, mais même pour de simple lavages dans une vessie malade.

Quelle est, en effet, la première condition pour obtenir une évacuation complète ? C'est que le liquide soit soumis à une agitation aussi complète que possible, de manière à soulever les parcelles qui, par leur poids, tendent à gagner les régions déclives. Or, un seul œil ne donne qu'un seul courant et ne produit qu'un remous très insuffisant, surtout quand cet œil est tourné en haut, comme dans la sonde aspiratrice de Bigelow. Avec deux yeux latéraux, au contraire, on produit de chaque côté deux courants qui se rencontrent, se brisent et produisent dans le liquide un mouvement considérable.

Avant d'en finir avec le choix des sondes, il est nécessaire de nous demander s'il n'y aurait pas avantage à se servir de *sondes à double courant.* Tour à tour abandonnées et reprises, elles n'ont pas encore aujourd'hui, dans la pratique, une place bien définie. Cependant l'observation clinique m'a depuis longtemps démontré qu'elles rendaient assez peu de services et je les ai complètement abandonnées. Mais il n'en était pas moins utile de soumettre ces instruments au contrôle d'une expérimentation rigoureuse. C'est encore M. le Dr Desnos que j'ai chargé de ces recherches. Il les a conduites avec son habileté ordinaire et a parfaitement élucidé ce point intéressant. Les conclusions auxquelles il a été conduit sont assez peu favorables aux sondes à double courant. Leurs avantages sont très hypothétiques et leurs inconvénients très sérieux et absolument incontestables.

Parmi ces derniers, je relèverai tout d'abord la *réduction considérable de calibre* qu'entraîne le principe même de leur construction. Pour laisser au canal de retour les plus grandes dimensions possibles et faciliter ainsi l'évacuation, on a voulu ramener aux proportions les plus faibles le canal d'aller. Mais alors on ne peut plus produire dans la vessie une agitation suffisante, cette agitation n'étant possible que si le liquide est lancé avec un certain volume et une certaine puissance. La sonde à double courant de Voillemier, qui représente le modèle le moins défectueux, offre, pour un nº 25, un canal de sortie équivalant à peine à un nº 15. Se servir d'un semblable instrument, c'est évidemment se placer dans de mauvaises conditions pour l'évacuation. Et si l'on veut obtenir un canal de sortie ayant les dimensions d'un nº 25, l'instrument doit représenter au moins un nº 30 dont le calibre énorme expose à des dangers sérieux.

Le second reproche que j'adresserai aux sondes à double courant c'est de n'avoir qu'un *œil d'arrivée* et par conséquent de ne produire dans la vessie qu'un seul courant. Au début, ce courant suffit pour déterminer une certaine agitation dans tout le liquide. Mais bientôt, à cette agitation générale succède un courant continu. Puis les parcelles en suspension sollicitées par la force contrifuge et la pesanteur abandonnent le courant et gagnent peu à peu les parties déclives où existe un repos relatif. Pour produire un remous continu et général, il faut changer à chaque instant la position de la sonde, ce qui ne peut se faire sans inconvénients pour le canal. Cependant je dois dire que la sonde de Voillemier, malgré la présence d'un œil unique, a donné d'assez bons résultats. Cela tient à ce que l'orifice d'arrivée regarde la paroi inférieure de la vessie où s'accumulent les produits de sécrétion, aussi bien que les débris calculeux, tandis que l'orifice de sortie regarde la paroi antérieure. Cette disposition permet de provoquer une action continuelle précisément dans la région où les conditions physiques ramènent les particules en suspension qu'il s'agit d'évacuer.

En troisième lieu, *l'attraction qui s'exerce à l'orifice de sortie est insignifiante.* La puissance d'arrivée ne s'y fait sentir en aucune façon ; elle est employée à produire un courant qui suit en s'affaiblissant les parois vésicales. Aussi le liquide de l'injection revient-il en bavant pour ainsi dire. Si l'on veut obtenir un jet, il faut soumettre la vessie à une pression considérable, et encore ce jet ne s'établit-il que peu à peu, augmentant ou diminuant d'intensité d'une manière lente et graduelle. Il en résulte que les particules à évacuer pénètrent difficilement dans l'orifice de sortie, qu'elles s'arrêtent aisément dans le canal en l'engorgeant, enfin et surtout que l'augmentation de la pression intravésicale, seule capable d'accroître la puissance du jet de sortie, exige une distension dont vous connaissez tous les inconvénients et les dangers. Cette distension serait d'autant plus fâcheuse que, dans la plupart des cas où les lavages sont indiqués, la vessie est le siège d'une affection plus ou moins sérieuse qui la prédispose à des poussées congestives et inflammatoires avec toutes leurs conséquences.

Ces nombreux inconvénients des sondes à double courant ne sont compensés par aucun avantage. Aussi ferez-vous bien de choisir, pour effectuer vos lavages, des sondes à courant simple qui donnent d'excellents résultats.—*Annales des maladies des organes genito-urinaires.*

(*à suivre*).

La fièvre du cathétérisme.—A la suite d'une étude approfondie sur cette question, le Dr CLARKE, médecin du *London Hospital*, en vient aux conclusions suivantes :

1° Chez les gens d'âge moyen et d'apparence saine, sans autre maladie apparente qu'une augmentation de densité de l'urine, au commencement de la période durant laquelle on pratique le cathétérisme, survient parfois une fièvre rémittente, pouvant avoir une issue même mortelle, sans qu'on trouve, à l'autopsie, de lésions de structure expliquant ce résultat néfaste.

2° On sait que chez les personnes atteintes d'affection du rein avec goutte chronique, ou de dégénérescence organique générale avec altération de structure, la fièvre due au sondage peut revêtir un caractère grave ; cet état de pyrexie, sans désordre anatomique, prouve que l'étude de cette question n'a pas été poussée aussi loin que les autres points ayant trait à la chirurgie.

3° Cette fièvre n'est, à vrai dire, ni urémique ni pyohémique ; elle emprunte à ces espèces quelques-uns de leurs caractères, sans ressembler complètement à l'une ou à l'autre. Elle semble commencer par un trouble réflexe, portant d'abord sur les changements moléculaires organiques généraux, et ensuite sur les organes sécréteurs et surtout les reins. Là, les altérations structurales sont inappréciables à nos moyens actuels d'investigations ; il est probable que le sang, qui est essentiel pour que les cellules du rein accomplissent leurs fonctions sécrétoires, ne possède plus ses propriétés dynamiques. A ces troubles nerveux vient s'ajouter l'absorption septique.

4° Il y a de grandes raisons de croire que la connaissance complète de cette fièvre, les conditions de son origine, de sa persistance, de son accroissement, de ses divers modes de terminaison, pourraient amener à diminuer la mortalité causée par elle. En considérant la pratique du cathéter comme une chose sérieuse, en renchérissant encore sur les précautions prescrites par Thompson, en insistant sur l'importance de l'alimentation et les stimulants, du repos et de l'atmosphère chaude autour du malade, des diaphorétiques et des laxatifs, par l'administration hardie de l'opium, et peut-être la désinfection préventive employée par Lister et Harrion, l'ensemble de ces moyens, dis-je, pourra permettre de sauver des existences qui, sans ces précautions, auraient été sacrifiées.—*Med. Times and Gaz.*

De l'entorse considérée particulièrement au point de vue de son traitement.—Nous venons développer dans cette courte étude quelques vérités depuis longtemps exposées, mais aujourd'hui tombées dans le plus grand oubli. Puisse notre travail faire revivre des idées utiles et injustement laissées de côté. Puisse surtout notre effort avoir pour effet de faire connaître au praticien honnête les nombreux moyens dont il dispose pour la thérapeutique de l'entorse, moyens partiellement connus d'ailleurs d'un bon nombre d'empiriques et qui trop souvent leur permettent de réussir et d'obtenir immédiatement un amendement sérieux, alors que le médecin diplômé a demandé plusieurs jours d'absolu repos.

Et d'abord, que devons-nous entendre par une entorse ? Un déplacement non permanent des surfaces articulaires avec ou sans déchirures vasculaires, avec ou sans ruptures ligamenteuses. Ces dernières com-

plications caractérisent le degré de l'affection mais respectent sa nature. S'il n'y a plus seulement rupture, au contraire si le point d'insertion du ligament est arraché avec une parcelle osseuse plus ou moins considérable, ce n'est pas une entorse mais une fracture que l'on est obligé de traiter.

La première chose donc à faire avant d'instituer aucune thérapeutique, c'est d'établir réellement s'il y a entorse ou fracture par arrachement. Ce point a été autrefois l'objet d'un mémoire très précis du professeur Lefort, mais combien de praticiens ignorent et l'existence du mémoire et les idées qu'il renferme ? Nous les résumons en quelques mots, prenant pour type l'entorse du pied, de beaucoup la plus fréquente, comme chacun sait, et pour des raisons développées dans tous les ouvrages classiques.

Dans la fracture les mouvements sont indolents à moins que, trop violents, ils ne causent une pression de dehors en dedans de la malléole externe. Les petits coups sur le trajet du péroné déterminent au contraire, à la partie inférieure de l'os, une douleur caractéristique (signe du professeur Richet). Enfin le malade, au moment de l'accident, est devenu immédiatement impotent et a dû être transporté dans son lit sans pouvoir continuer sa marche. Nous avons pu dans un cas faire un diagnostic différentiel rétrospectif très précis sur ce dernier signe.

Au contraire, dans l'entorse :

1° Les mouvements sont horriblement douloureux ;

2° La pression du péroné sur tous les points est absolument indolente ;

3° On détermine au contraire une douleur violente en promenant ses doigts sur la ligne articulaire.

A ce point de vue, rappelons que M. Terrillon, après d'autres auteurs d'ailleurs, a démontré que l'entorse du pied est plus souvent médio-tarsienne.

4° Enfin le malade a pu poursuivre son chemin au moment de l'accident, et ce n'est que plus tard qu'il lui a fallu, vaincu, se débarrasser de sa chaussure et garder le repos.

Nous n'insistons pas, ces signes suffisant, somme toute, pour poser un diagnostic dans la plupart des cas.

Nous ne dirons rien non plus de la thérapeutique des fractures du péroné. Qu'il nous suffise de rappeler que le repos absolu doit en faire les principaux frais.

Voilà l'entorse reconnue. Quelle va être la conduite du chirurgien ?

Nous lisons dans le tome second de la *Nosographie chirurgicale d'Anthelme* (Richerand) :

L'application des réfrigérants et autres répercussifs, au moment où l'entorse vient d'avoir lieu, et pendant les premières vingt-quatre heures, est le plus sûr moyen de diminuer la violence des symptômes.

J'ai vu la douleur assoupie, l'enflure prévenue et l'inflammation empêchée par l'emploi des bains à la glace, où l'on tenait plongée la partie qui avait souffert. Il faut prolonger durant plusieurs heures l'application de ce moyen ; la simple immersion, ou même un bain de deux heures ne ferait qu'augmenter l'abord des humeurs, par la vive réaction à laquelle on donnerait lieu. Les cataplasmes relâchants, les bains de pied, les fomentations opiacées conviennent, lorsque l'inflammation est déjà développée ; on y substitue les toniques, lors-

que l'engorgement se résout; enfin, les fondants, tels que l'emplâtre de styrax saupoudré avec la fleur de soufre, les douches et les eaux thermales conviennent dans les cas où l'empâtement se dissipant avec peine, et le malade offrant des dispositions scrofuleuses, on doit craindre qu'il ne prenne le caractère d'une tumeur blanche.

L'inaction parfaite de la partie malade, une position telle que les humeurs en reviennent aisément, le repos continué jusqu'à la disparition complète des accidents, sont absolument nécessaires. On a vu, par un exercice prématuré, les douleurs assoupies se réveiller dans des articulations qui avaient souffert, un engorgement s'y former avec lenteur, les extrémités des os être frappées de carie, etc., etc."

C'était résumer de la façon la plus complètement succincte tout ce que l'on avait dit en 1805 sur ce point de thérapeutique chirurgicale.

Un mot seulement sur les bains de pieds froids. Comme dans toutes les autres inflammations de l'organisme, on a beaucoup de tendances à substituer la chaleur au froid pour l'entorse, et volontiers nous conseillons pour les cas simples l'immersion du membre dans l'eau chaude, aussi chaude que le malade peut la supporter.

Un quart d'heure de ce traitement peut supprimer une entorse légère.

Mentionnons enfin un agent qui a été appliqué à la thérapeutique de l'entorse avec le plus grand succès : le massage.

Le professeur Panas, qui préconise le massage avec tant de conviction, recommande de le faire suivre d'une compression ouatée.

Dans un nouveau livre que le docteur Schreiber (de Vienne) vient de publier, l'auteur partant de cette idée que le vide déterminé dans l'articulation au moment de l'écartement des parois y attire la synoviale dont le pincement est la cause principale des douleurs accusées par les malades, conseille de masser en tiraillant fortement l'article.

Nous avouons ne pas très bien comprendre comment ce moyen peut ramener la synoviale à sa place ordinaire.

En terminant nous recommanderons un moyen qui n'est pas suffisamment employé peut-être et qui cependant mérite d'occuper la première place parmi les procédés que nous venons d'énumérer. Il consiste simplement à entourer la partie lésée d'une couche d'ouate assez épaisse, de recouvrir celle-ci d'une toile cirée et de maintenir le tout avec un bandage roulé.

En très peu de temps la chaleur se développe, la transpiration, retenue par le tissu imperméable, s'accumule; cette transpiration humecte la ouate et bientôt l'enflure et la douleur diminuent comme par enchantement.

Nous avons trouvé des peaux sèches, réfractaires à la stimulation de la chaleur; dans ces cas nous avons eu recours à l'auxiliaire que voici : on prend un morceau de flanelle humecté d'eau chaude salée; on tord cette flanelle et on l'interpose entre la ouate et la peau. Cette interposition a pour effet de sinapiser toute la région; en général, cependant, la sensation produite est celle d'une douce chaleur et d'un picotement sans acuité.—*Revue médicale.*

Traitement des tumeurs hémorrhoidales, par M. le professeur MICHAUX, de Louvain.—M. le professeur Michaux se déclare peu partisan de l'intervention chirurgicale pour le traitement des tumeurs

hémorrhoïdales. En thèse générale, il ne considère pas comme légitime de soumettre les patients à une opération qui peut être dangereuse, dans le but de les délivrer d'une simple incommodité.

C'est là une conduite pleine de prudence, adoptée par la majorité des chirurgiens.

Il est des cas toutefois pour lesquels on s'exposerait au reproche d'inhumanité, en se refusant systématiquement à intervenir. C'est principalement lorsque les douleurs continuelles deviennent intolérables par leur intensité, lorsque les pertes de sang prennent par leur abondance un caractère inquiétant, ou enfin lorsque le volume et la situation des tumeurs rendent la marche excessivement pénible.

Dans les cas de cette nature, M. le prof. Michaux s'est servi plusieurs fois d'un procédé opératoire qui, croyons-nous, lui est propre et qui lui a fourni des résultats assez remarquables pour que nous nous permettions de les signaler.

La relation suivante d'un cas qui a été traité récemment à la clinique, est particulièrement intéressante sous ce rapport.

Adèle B..., de Tirlement, âgée de 30 ans, célibataire de tempérament sanguin et de bonne constitution, est reçue à l'hôpital le 15 janvier de cette année et confiée aux soins de M. Ch. Van Vyve.

Voici les renseignements qu'elle fournit sur son état :

Vers l'âge de 20 ans, elle s'aperçut que la défécation devenait de plus en plus rare et pénible, et que la surface des fœcès était striée de sang. Bientôt elle constata la présence à la marge de l'anus de plusieurs petites tumeurs dont le volume alla sans cesse croissant, en même temps qu'augmentaient la gêne fonctionnelle, les douleurs et les pertes de sang.

Ces phénomènes acquirent à la longue une telle intensité qu'elle se vit obligée de réclamer les secours de l'art. Le médecin, consulté, cautérisa à différentes reprises, à l'aide du crayon de nitrate d'argent, la surface des tumeurs, qui dans l'intervalle s'étaient ulcérées, mais l'affection ne s'améliorant pas, il conseilla à la patiente de s'adresser à la clinique chirurgicale de Louvain pour y subir une opération radicale, nécessité à laquelle elle n'eut pas de peine à se soumettre, vu les inconvénients de la situation.

Celle-ci était la suivante, lors de l'entrée à l'hôpital d'Adèle B... L'ouverture anale est encadrée à peu près uniformément d'un bourrelet de la grosseur du doigt, limité en dehors par la peau festonnée de la marge de l'anus, et en dedans par la muqueuse herniée de la partie inférieure du rectum ; ce bourrelet est constitué par toute une série de tumeurs hémorrhoïdales externes. En outre, la muqueuse rectale présente sur une hauteur de plusieurs centimètres des dilatations variqueuses des veines formant des tumeurs isolées de la grosseur d'une amande (hémorrhoïdes internes). C'est au niveau de ces tumeurs que se sont produites par-ci par-là des pertes de substance plus ou moins étendues. En ce point d'ailleurs, toute la muqueuse est exulcérée, granuleuse, saignant au moindre attouchement.

Le doigt introduit ne pénètre d'abord qu'avec difficulté, mais bientôt, grâce au relâchement du sphincter, il arrive dans l'ampoule rectale et peut constater qu'il n'existe aucune lésion à ce niveau.

Adèle B... accuse dans la partie inférieure du rectum des douleurs atroces presque continuelles, augmentant par la pression ou le con-

tact, mais s'exagérant surtout pendant les efforts de la défécation. Cette fonction d'ailleurs ne s'exerce plus qu'avec une grande difficulté, et elle entraîne invariablement des pertes de sang dont l'abondance et la repétition fréquente menacent de ruiner l'excellente constitution de la patiente. L'émission de gaz suffit à elle seule pour ramener à la fois les accès douloureux et l'hémorrhagie. La situation n'est plus tenable pour la malade qui réclame avec instance l'opération.

M. le prof. Michaux fait observer qu'il se bornera à supprimer les tumeurs hémorrhoïdales internes ulcérées, puisque ce sont elles seulement qui occasionneut les troubles morbides signalés.

L'opération eut lieu à la clinique du 17 janvier; comme soins préliminaires, la veille, purgation abondante au moyen de lavements et d'huile de ricin; le matin même, administration d'une poudre morphinée (un centigramme), dans le but de retarder les selles et de diminuer les douleurs après l'opération.

La patiente étant chloroformisée, et la région anale ayant été soigneusement lavée à l'aide d'une solution phéniquée, M. le prof. Michaux saisit, entre les mors d'une pince hémostatique ordinaire, les différentes tumeurs hémorrhoïdales internes et les pinça ainsi successivement par la base, en fermant l'instrument. Sept pinces furent appliquées de cette manière et laissées à demeure; elles embrassaient toute la circonférence de l'ouverture anale, séparées toutefois par les parties de la muqueuse, saines et exemptes de tumeurs, qui n'avaient pas été saisies.

Toute l'opération réclama à peine quelques minutes.

La patiente fut reportée dans son lit et M. Michaux prescrivit de faire deux irrigations phéniquées; il recommanda, en outre, d'administrer une poudre morphinée, chaque fois que le besoin de la défécation, l'intensité du ténesme anal ou des douleurs paraîtraient l'exiger.

Après l'opération, tout se passa à merveille.

Adèle B... demeura le reste de la journée dans un état d'assoupissement, résultat de l'action combinée, vraiment salutaire dans le cas présent, du chloroforme et de la morphine. Elle ne se plaignit jamais que les pinces à demeure la faisaient souffrir et, pendant les 48 heures qu'elles restèrent en place, on ne se vit obligé d'administrer que trois centigrammes de morphine. Les instruments furent enlevés le samedi 17, et les tumeurs gangrénées s'éliminèrent les jours suivants, sans qu'il survint la moindre complication. Les douleurs avaient disparu au point de rendre l'emploi de la morphine inutile. L'état général demeura satisfaisant; le 4me jour seulement, il y eut une légère réaction fébrile. Toutefois, sous l'influence de la morphine et de la stase stercorale, il survint un embarras gastro-intestinal qui persista pendant quelques jours.

Les plaies qui avaient succédé à la chute des eschares ne tardèrent pas à se cicatriser sous la protection de l'acide phénique, et l'on vit en même temps se flétrir en grande partie le bourrelet d'hémorrhoïdes externes qui avait été respecté. La première selle ne fut obtenue que douze jours après l'opération; elle fut sans doute un peu pénible, mais la perte de sang qui l'accompagna fut insignifiante. Depuis lors, la fonction de la défécation s'est exercée régulièrement et sans difficulté, les douleurs et les hémorrhagies ont complètement disparu.

Trois semaines après l'opération, Adèle B... quittait l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant.

En résumé, le résultat obtenu nous paraît remarquable ; il y avait particulièrement dans le cas présent, comme le faisait observer M. le prof. Michaux, deux dangers à redouter de l'intervention chirurgicale, à savoir l'hémorrhagie résultant de l'ouverture des veines variqueuses, et le rétrécissement du rectum consécutif à la gangrène des tumeurs. Or, il ne s'est absolument pas produit d'hémorrhagie et il n'y a pas à craindre de rétrécissement, comme l'a démontré le toucher rectal pratiqué au moment de la sortie de l'hôpital d'Adèle B...

Les douleurs consécutives à l'étranglement des tumeurs ont été modérées, et si d'ailleurs elles s'étaient présentées à un degré plus accentué, les moyens de les calmer n'auraient pas fait défaut. Quant au danger qu'on redoute à si juste titre à la suite des opérations pratiquées sur cette région, des inflammations du tissu cellulaire ou des veines, nous sommes persuadé qu'on le préviendra à son gré, en insistant sur l'emploi des antiseptiques.

Nous voulons tout spécialement insister sur la simplicité du procédé employé dans le cas présent avec un résultat si heureux : les instruments mis en usage sont à la disposition de tous les praticiens : la manœuvre opératoire est rapide et facile.

Plusieurs fois, d'ailleurs, le même procédé a été employé avec un égal succès dans des cas analogues par M. le prof. Michaux ; nous nous rappelons avoir observé l'un d'entre eux pendant le cours de nos études.

Si l'on tient compte de la fréquence des affections hémorrhoïdales et des inconvénients qu'elles entraînent inévitablement à un degré variable, on se verra facilement entraîné, en présence des résultats que nous avons signalés, à intervenir plus souvent qu'on ne le fait d'ordinaire.—Dr Dandois, in *Revue medicale.*

Diabète et traumatisme.—Dans une communication à la Société de chirurgie (séance du 7 mai) au sujet de la gravité spéciale des traumatismes chez les diathésiques, M. le prof. Verneuil en vient aux conclusions suivantes :

1° L'étude de la glycosurie et du diabète doit être faite par les chirurgiens, pour les besoins de la chirurgie.

2° Au point de vue chirurgical, la présence de la glycose dans l'urine, quelle qu'en soit la proportion, est toujours un fait sérieux.

3° La disparition du sucre, spontanée ou artificiellement obtenue, ne met point à l'abri des accidents locaux et généraux.

4° Il est donc impossible de compter sur les bons effets des traitements préparatoires, tels, au moins, que nous les instituons aujourd'hui.

5° Nous ne connaissons ni les causes réelles de la gravité du traumatisme chez les glycosuriques, ni les moyens sûrs d'atténuer cette gravité.

6° Certains diabétiques supportent les blessures accidentelles ou chirurgicales comme des sujets ordinaires, mais d'autres succombent plus ou moins rapidement en dépit de la médication préliminaire et de l'antisepsie la mieux conduite.

7° La mort survient de trois façons différentes : *a*) par septicémie consécutive à des complications, phlegmoneuses ou gangréneuses, dans le foyer traumatique lui-même ; *b*) par aggravation du diabète ou apparition d'une des complications viscérales qui lui sont propres ; *c*)

par développement simultané d'accidents locaux et de complications viscérales.

8° Nous ignorons la proportion des cas favorables et des cas funestes, mais ceux-ci paraissent assez fréquents pour inspirer aux chirurgiens beaucoup de réserve dans l'action.

9° Les traumas chez les glycosuriques seront soumis à une antisepsie rigoureuse, mais c'est à la thérapeutique générale qu'il faudra demander surtout l'atténuation de leur pronostic.—*Progrès médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Diagnostic de la présentation de la main droite ou de la main gauche, du pied droit ou du pied gauche.—M. le Dr MAZER nous donne, dans le *Courrier médical*, un moyen facile et pratique de faire ce diagnostic.

Lorsque la main qui se présente est dans le vagin ou sort de la vulve, l'accoucheur n'a qu'à appliquer cette main dans sa main, face palmaire contre face palmaire, les doigts de la main de l'enfant se dirigeant vers la paume de la main de l'accoucheur, et les doigts de l'accoucheur se dirigeant vers la paume de la main de l'enfant. Dans cette position, si le pouce de la main de l'accoucheur est du même côté que le pouce de la main de l'enfant (par rapport à l'axe des deux mains) la main qui se présente est la symétrique de la main employée par l'accoucheur. C'est la main droite de l'enfant si l'accoucheur a employé la main droite, et c'est la main gauche de l'enfant si l'accoucheur a employé la main gauche.

Si les deux pouces sont l'un d'un côté et l'autre de l'autre, par rapport à l'axe des deux mains, c'est-à-dire si le pouce de l'accoucheur correspond au petit doigt de l'enfant et si le petit doigt de l'enfant correspond au pouce de l'accoucheur, la main qui se présente est d'un nom contraire à celle dont se sert l'accoucheur, c'est-à-dire que si l'accoucheur s'est servi de la main droite, l'enfant présente la main gauche ; si l'accoucheur s'est servi de la main gauche, l'enfant présente la main droite.

La présentation des pieds n'offre pas plus de difficulté à diagnostiquer. L'accoucheur ayant la face palmaire de sa main appliquée sur la face plantaire du pied qui se présente, les orteils se dirigeant vers la paume de sa main et les doigts de sa main se dirigeant vers le talon, ce pied sera du même nom que la main de l'accoucheur si le pouce est du côté du gros orteil ; il sera d'un nom contraire si le pouce est d'un côté et le gros orteil de l'autre.

On ne peut pas toujours appliquer la main comme nous l'indiquons sur la main ou sous le pied de l'enfant; mais lorsqu'on peut toucher cette main ou ce pied, on peut toujours faire cette petite manœuvre par la pensée.

Ce moyen est d'autant plus facile à mettre en pratique que, contrairement aux conseils classiques, il ne peut s'oublier ; on peut toujours, au moment de l'accouchement, prendre dans sa main la main de l'accoucheuse, de la garde-malade ou de l'accouchée elle-même, et constater que lorsqu'une main est appliquée sur la main du même côté, les

pouces se trouvent superposés et qu'ils sont au contraire superposés aux petits doigts lorsque c'est la main droite qui est appliquée contre la main gauche dans la direction expliquée plus haut.—*Revue médicale.*

De l'arthrite de la grossesse, par A. F. Mercier.—Les caractères de l'arthrite de la grossesse sont d'être mono-articulaire, ou d'affecter au plus deux articulations, de durer longtemps, des mois, malgré les médications les plus énergiques et les mieux instituées, de ne pas s'accompagner de douleurs musculaires ni articulaires, d'aboutir rarement à l'ankylose, presque jamais à la suppuration, et d'être enfin très heureusement influencée par l'accouchement, qui en est à peu près le seul remède.

Cette arthrite a été rangée par certains auteurs dans le rhumatisme; par d'autres, dans la scrofule; par une troisième catégorie, dans les arthropathies d'origine blennorrhagique. Mercier, s'appuyant sur différentes observations et sur les caractères de l'affection, différents de ceux qu'on observe dans ces différentes maladies, rejette cette opinion; pour lui, il s'agit là d'une arthrite absolument spéciale, due exclusivement à la grossesse.

Cette variété d'arthrite est particulièrement intéressante au point de vue thérapeutique; voici, en effet, une affection qui, pendant tout le cours de la grossesse, reste rebelle aux traitements les plus énergiques et les mieux dirigés (elle est complètement réfractaire au salicylate de soude), et qui guérit spontanément et rapidement après l'accouchement. Le médecin ne devra pas oublier cette marche spéciale, il établira son pronostic et dirigera sa médication en conséquence.

La fin de la gestation amenant la guérison, on avait pensé à provoquer l'accouchement. Lorain a employé ce moyen dans un cas. L'arthrite s'est terminée par ankylose, c'est là une tentative peu encourageante.—*Bulletin de thérapeutique.*

Du cancer du col utérin.—Clinique de M. Terrillon, suppléant du prof. Gosseln, à l'hôpital de la Charité.—La jeune femme que vous m'avez vu eixaminer au nº 10 de la salle Sainte-Catherine présente, comme vous avez pu le voir, toutes les apparences d'une bonne santé; elle est encore fraîche et grasse et ne se doute certainement pas qu'elle est atteinte d'un mal terrible, incurable, le plus souvent mortel, et à brève échéance.

Les symptômes de son mal sont en effet très bénins et ne l'inquiètent pas; elle a toujours été bien portante et c'est plutôt une question de propreté qu'une question de maladie qui l'a amenée à nous consulter. Elle a eu deux enfants, ses deux accouchements se sont bien faits; mais, depuis le dernier, c'est-à-dire depuis quatre ans, elle a eu des flueurs blanches; cet écoulement l'a d'abord peu gênée : c'est surtout depuis six mois qu'il est devenu permanent; il a pris aussi un caractère spécial, il empesait le linge et la tache qu'il y produisait se composait de deux zones concentriques, l'une brunâtre, quelquefois rosée au centre, l'autre plus pâle tout autour. Il y a trois mois, le caractère du liquide changea encore, la malade nous dit que son linge était souillé d'une façon permanente comme par de l'eau rouillée. Tout cela s'est passé sans douleur, et c'est ce qui explique pourquoi la malade ne s'est pas plainte plus tôt.

Nous l'avons touchée hier et voici ce que nous avons trouvé : au fond

du vagin, au lieu et place du col de l'utérus, le doigt a rencontré une masse lobulée, en forme de champignon, on ne peut pas y reconnaître l'orifice utérin ; le tissu est dur ; on peut promener le doigt tout autour, ce qui prouve que les culs-de-sac du vagin sont libres ; bien plus, on peut reconnaître en arrière comme un pédicule formé de tissu sain qui supporte cette masse lobulée. Vous avez pu voir qu'après cet examen, j'ai ramené sur mon doigt des mucosités sanguinolentes glaireuses et sentant mauvais.

Ces quelques signes nous suffisent pour affirmer que nous sommes en présence d'une tumeur maligne du col de l'utérus, tumeur qui tuera la malade en peu de temps, si nous ne l'arrêtons pas dans son évolution fatale.

Faisant appel à vos souvenirs cliniques, je vous rappelle que le cancer se présente habituellement sous trois formes au niveau du col de l'utérus ; 1° La forme en chou-fleur ; 2° la forme ulcéreuse avec destruction du col ; 3° la forme infiltrée, qui rend les lèvres du col grosses, bosselées, et comme cartilagineuses par place.

L'anatomie pathologique nous enseigne qu'il y a aussi trois variétés : 1° Le carcinome ; 2° l'épithélioma pavimenteux ; 3° l'épithélioma cylindrique.

Mais sachez que ces variétés ne correspondent pas à nos trois formes cliniques ; on les retrouve réunies sur une même tumeur, c'est ce qui fait qu'elles présentent une grande analogie dans leur marche et dans leur évolution ; dans la forme végétante, cependant, on a surtout du carcinome mou à forme encéphaloïde.

Le point qu'il importe au chirurgien de connaître, c'est de savoir jusqu'où s'étend la lésion ; malheureusement, ni le toucher digital, ni les divers instruments qui sont à notre disposition ne nous permettent de mesurer exactement l'étendue du mal. Cependant, l'infiltration cancéreuse ne dépasse pas de beaucoup les limites de l'ulcération, car il se produit à mesure de la gangrène, de sorte que cette ulcération suit de très près la propagation du cancer dans le tissu sain ; ce qu'il importe de savoir, c'est l'état des culs-de-sac du vagin.

Dans le cas qui nous occupe, en arrière du champignon cancéreux, nous sentons encore une partie du col, nous pouvons donc espérer que nous opérerons au delà des limites du mal.

Cette forme végétante est, du reste, la plus propice au point de vue thérapeutique ; dans les formes ulcéreuses ou infiltrées, nous voyons le plus souvent les malades beaucoup trop tard pour pouvoir intervenir. C'est vous dire que la marche de cette affection est très insidieuse ; sur vingt femmes, dix-neuf n'auront pas de symptômes au début, aussi, ne viennent-elles consulter que tard, alors qu'elles ont déjà des désordres graves.

Il existe cependant un symptôme au début : c'est un écoulement séreux, légèrement jaunâtre, ce n'est pas encore du pus ; la tache sur le linge n'est sale qu'au milieu ; l'abondance de cet écoulement est variable, il est souvent très abondant, et peut arriver à un et deux litres par jour. Puis, ce liquide prend peu à peu une teinte rosée, due au sang. La douleur manque souvent au début, elle ne se montre qu'après deux ou trois mois, et va alors en augmentant jusqu'à la mort. Ces douleurs, souvent atroces, ont des irradiations multiples : dans les reins, les cuisses, du côté des trochanters, du coccyx, et paraissent dues à l'irritation des filets nerveux pris dans l'envahissement cancéreux.

Bientôt arrive l'affaiblissement; ces malades maigrissent et prennent la teinte jaune-paille, caractéristique de la cachexie cancéreuse. Les troubles digestifs se montrent, la perte d'appétit, le dégoût pour les aliments, surtout pour la viande. Dans la dernière période enfin, on voit des désordres ultimes portant sur les organes voisins, le cancer s'infiltre dans les parties voisines, le col tombe en partie, le vagin, le rectum, la vessie forment une même masse indurée, ulcérée, traversée par des fistules qui font du vagin un véritable cloaque. Souvent, aussi, les uretères sont comprimées, le fonctionnement des reins est gêné, c'est alors qu'on observe de l'urémie, et les malades meurent dans le coma ou avec des attaques d'éclampsie.

Vous le voyez, le pronostic est des plus graves; cette affection abandonnée à elle-même ne guérit pas, et quand on opère on a presque toujours des récidives. Cependant, je suis de ceux qui croient qu'on peut retarder la mort par l'opération, au moins chez l'adulte; c'est qu'en effet, à cette période de la vie, cette maladie marche vite et l'évolution se fait en six ou dix mois. Chez les vieilles femmes, au contraire, c'est plus lent; on voit à la Salpêtrière des malades qui ont un cancer de l'utérus depuis quatre et cinq ans.

Quel est donc le traitement que nous pouvons opposer à cette terrible affection? Tout d'abord nous pouvons le diviser en : 1° traitement contre la tumeur; 2° traitement contre les accidents.

1° *Traitement contre la tumeur.*—Le procédé par excellence serait de la détruire toute entière; mais je vous ai déjà dit que ce n'était pas toujours possible. On peut cependant détruire le col par plusieurs moyens:

a. Les cautérisations successives par le fer rouge, l'acide chromique, le perchlorure de fer. Par ces divers moyens, on n'agit pas suffisamment, on n'atteint que les parties superficielles de la tumeur, ils sont surtout bons à employer contre les hémorrhagies.

b. La destruction interstitielle par les flèches de pâte de Canquoin, les injections interstitielles de chlorure de zinc. Méfiez-vous de ces procédés; on ne peut pas à volonté limiter l'action du caustique, et on a vu des chirurgiens perforer de cette façon les culs-de-sac du vagin; vous voyez d'ici les funestes conséquences.

c. L'ablation de la tumeur, que vous pouvez faire: 1° par le grattage, surtout dans la forme ulcéreuse; il faut aller dans ce cas jusqu'au tissu sain qui est dur; on fait l'évidement conoïde du col: cette opération donne beaucoup de sang, mais l'hémorrhagie cesse quand on arrive sur le tissu sain; 2° avec les ciseaux courbes; 3° avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Ces moyens sont bons dans la forme infiltrée.

Mais, pour le cas dont nous avons à nous occuper, le meilleur procédé, à mon avis, c'est l'anse galvanique que nous pourrons conduire facilement au delà du champignon cancéreux, et, en allant doucement, nous n'aurons même pas d'hémorrhagie; toutefois, il faut savoir que l'hémorrhagie est à craindre, soit primitivement si on coupe une artère trop vite, soit consécutivement, au moment de la chute des eschares, vers le septième ou le onzième jour, et cette hémorrhagie peut être foudroyante. C'est ce qui m'est arrivé sur une malade que j'opérai devant mon maître, le professeur Verneuil; l'hémorrhagie survint pendant le sommeil, et, avant qu'on eût pu trouver du secours, la malade était morte. Cet accident est moins à redouter à l'hôpital que dans la clien-

tèle de la ville, parce qu'ici l'interne de garde aurait le temps de faire le tamponnement. C'est ce qui est arrivé dans un cas pareil dans le service de mon collègue M. Polaillon, et la malade guérit.

L'écraseur linéaire de Chassaignac, très vanté par M. le professeur Verneuil, a, me semble-t-il, le défaut de glisser ; on ne sait pas toujours ce qu'on enlève.

2° *Traitement contre les accidents.*—Quand il est trop tard, que vous ne pouvez plus songer à attaquer la tumeur, il est divers accidents qu'il faut savoir combattre. Les hémorrhagies, quelquefois si inquiétantes, seront arrêtées par la cautérisation à l'acide chromique ; par les injections vaginales avec du perchlorure de fer étendu de cinq fois son volume d'eau ; par la position, la tête basse, le bassin élevé ; par l'ergot de seigle ou les injections sous-cutanées d'ergotine.

L'odeur est quelquefois tellement repoussante qu'elle doit attirer l'attention des chirurgiens. Les injections vaginales fréquentes avec la solution d'acide phénique au centième ; d'acide thymique au 2 centièmes ; de chloral à 2 pour cent ; le permanganate de potasse à 5 pour cent ; mais cette dernière solution a l'inconvénient de tacher le linge.

Les douleurs, enfin, sont souvent le point capital à combattre ; employez les suppositoires de belladone composés avec 3 à 4 centigrammes d'extrait. Le chloral par la bouche sous forme de potion ou de sirop de Follet ; les cataplasmes laudanisés ; enfin la morphine en injection hypodermique. Evitez surtout l'opium à l'intérieur, car vous savez qu'il amène la constipation et l'inappétence, deux symptômes à combattre chez vos malades.

NOTA.—La malade qui a fait l'objet de cette clinique a subi l'amputation du col par l'anse galvanique ; elle est sortie du service le 26 décembre ; au toucher, on aurait affirmé qu'elle avait le col normal et qu'elle n'avait jamais subi d'opération. Il n'y a pas eu le moindre accident durant son séjour à l'hôpital.—*Médecin praticien.*

De la montée du lait, par le docteur A. CRAVIN.—Le Dr Cravin a, par de nouvelles observations, affirmé le fait, maintenant généralement admis, de la non-existence de la fièvre de lait. Il n'y a qu'une catégorie de cas où il se produit un léger mouvement fébrile, c'est quand, la femme n'allaitant pas, les seins sont le siège d'un engorgement variable.

D'après les statistiques de l'auteur, c'est en général de la quarante-huitième à la soixante-douzième heure après l'accouchement qu'a lieu la montée du lait chez les primipares et de la soixante-douzième à la quatre-vingt-seizième heure chez les multipares.

La succion avance la montée du lait ; ainsi, sur huit femmes qui n'allaitaient pas, elle s'est montrée un peu moins précoce que sur huit qui donnaient le sein à l'enfant.

Dans l'avortement et l'accouchement prématurés, la montée du lait s'opère d'une façon variable : 1° après l'avortement ovulaire (premier au vingtième jour), pas de réaction du côté des seins ; 2° après l'avortement embryonnaire (premier, deuxième et troisième mois de la gestation), il se produit une montée laiteuse, mais de faible intensité ; 3° dans l'avortement fœtal (troisième au sixième mois), la montée laiteuse est parfois très prononcée ; 4° enfin, dans l'accouchement prématuré, les choses se passent à peu près comme dans la parturition à terme.

Sauf exception, toute affection fébrile, surtout quand elle est intense, diminue ou arrête la sécrétion lactée, et empêche la fluxion mammaire quand elle se montre avant elle. Ces faits ont été l'origine de la théorie du lait répandu de Puzos.

Dans la grossesse extra-utérine, il se fait d'habitude une montée de lait après la mort du fœtus; à cet égard, les faits sont semblables à ceux qu'on observe dans la grossesse utérine où la mort de l'enfant cause le même phénomène. Au moment du pseudo-travail, au neuvième mois, nouvelle montée laiteuse. Il n'existe pas de documents pour dire s'il s'établit aussi des symptômes analogues du côté de la mamelle, quand le fœtus est extrait après le terme normal de la grossesse.--*Bulletin de thérapeutique.*

PÆDIATRIE.

Incontinence d'urine.—Clinique du Professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*—Ce garçon, âgé de 14 ans, a presque toujours souffert d'incontinence d'urine. Il importe d'examiner cette maladie sous plus d'un aspect.

En premier lieu, la constitution physique du malade ne revèle rien de particulier. C'est un tempérament nerveux, il est vrai, mais encore que ce tempérament favorise jusqu'à un certain point la production de l'affection qui nous occupe, il n'en est en aucune façon la cause directe.

Dans beaucoup de cas, l'incontinence est due à une condition particulière que nous retrouvons précisément ici. La vessie laisse parfois échapper l'urine, surstimulée qu'elle est par celle-ci. Dans le cas présent, l'urine est fortement acide, ce qui doit être une cause puissante d'incontinence. En effet, la trop grande acidité de l'urine a pour effet d'irriter constamment la muqueuse vésicale; tout de même, si le sphincter de la vessie fonctionne normalement, il ne peut y avoir d'incontinence, quelqu'irritant que soit le liquide urinaire. Le rôle du sphincter est en partie volontaire et en partie sous l'influence du grand sympathique, ce qui fait que l'urine ne coule pas d'elle-même, même quand l'attention du sujet est détournée de la vessie. Quand le désir de vider la vessie se fait sentir, chacun sait que l'acte est en partie soumis à la volonté, l'écoulement de l'urine étant amené par le relâchement du sphincter. Dans le cas présent, le sphincter se relâche de lui-même durant le sommeil, et l'urine s'échappe.

Nous avons donc affaire ici à deux facteurs; l'acidité de l'urine et le relâchement du sphincter. On pourrait en ajouter un troisième, qui est une contractilité anormale de la couche musculaire de la vessie, se manifestant durant le sommeil; la volonté n'étant plus là pour le contrôler, le sphincter se laisse vaincre. Or cette contractilité anormale de la couche musculaire de la vessie est due elle aussi, très probablement à une trop grande acidité de l'urine, acidité qui irrite la muqueuse, et par action réflexe provoque les contractions spasmodiques. A ces trois facteurs on peut encore joindre un quatrième dont on ne rencontre que peu d'exemples. L'incontinence ou la soi-disant incontinence se manifeste parfois par le fait que la personne, chaque fois que la vessie est pleine, rêve ordinairement qu'elle urine. Elle sent bien

l'urine dans sa vessie, et le sphincter conserve sa fonction. Mais dans ce cas, c'est le cerveau qui est en défaut. Le malade rêve qu'il a envie de pisser, et même qu'il se retire à l'écart pour satisfaire ce besoin. Le traitement de cette forme d'incontinence sera différent de celui des autres formes. Ce garçon ne rêve pas comme je viens de le dire. Son incontinence est due : (*a*) à une trop grande acidité de l'urine, (*b*) à la faiblesse du sphincter, (*c*) à la contraction spasmodique de la couche musculaire de la vessie.

Dans le but de combattre cet excès d'acidité de l'urine, je prescris l'usage prolongé de quelque alcalin, de préférence un sel de potasse. Rien n'égale dans ces cas l'effet du bicarbonate, pris sous forme de potion effervescente. Ensuite, il faut prescrire un médicament qui aura pour effet de seconder l'action du sphincter; ce sera l'ergot. J'ordonnerai donc une pilule renfermant de un quart de grain à deux grains d'extrait aqueux d'ergot et un quart de grain d'extrait de noix vomique.

En troisième lieu, on pourra diminuer la puissance contractile de la couche musculaire par l'administration d'un bromure donné en une seule dose, au coucher. C'est assurément ce qui peut le mieux apaiser le spasme vésical. Les bromures s'adapteront principalement aux cas où le malade rêve qu'il urine.

Si le sujet était anémique, nous ne pourrions rien faire de mieux que de prescrire l'iodure de fer qui, dans ce cas, est d'une efficacité incontestable.

Malgré le fait qu'ici, la maladie dure depuis un certain temps, je n'hésite pas à dire que, sous l'effet des médicaments employés, nous allons bientôt constater une amélioration marquée.—*Archives of Pediatrics.*

Traitement de l'épistaxis chez les enfants.—Dans leur nouvelle édition de Rilliet et Barthez, MM. Barthez et Sanné résument ainsi le traitement de l'épistaxis chez les enfants :

Lorsque le flux sanguin est peu abondant et qu'il se répète périodiquement chez un enfant fort et bien portant, on peut considérer cette évacuation comme salutaire,et il faut se garder de rien faire qui tende à la supprimer. Dans les cas contraires, où l'hémorhagie dépasserait certaines limites et deviendrait menaçante par son intensité, il faut, qu'elle qu'en soit la cause, se hâter d'y porter remède.

L'écoulement sanguin étant, dans la grande majorité des cas, le résultat d'une altération du sang, et survenant chez des enfants affaiblis, à une période avancée de maladies qui les ont profondément débilités, le traitement devra être général aussi bien que local.

Le traitement général consistera dans l'emploi des toniques : fer, quinquina, vins généreux, et dans celui des astringents. Il n'est pas nécessaire de dire que les émissions sanguines doivent être proscrites.

Quant au traitement local, il a pendant longtemps consisté surtout dans l'application de linges froids sur le front, les tempes et la nuque, dans l'emploi des révulsifs sur les extrémités, et dans l'usage des injections astringentes. Aux applications froides, nous préférons les *compresses chaudes* placées sur le front, ainsi que les *injections très chaudes* poussées dans la cavité des fosses nasales, opérations que nous avons souvent pratiquées avec succès.

Nous avons eu à nous louer de l'introduction de petits tampons d'ouate imbibés de perchlorure de fer ou des injections de perchlorure de fer faites à l'aide de la seringue de M. Créquy. Dans plusieurs cas graves, l'un de nous, M. Sanné, a pu arrêter l'hémorrhagie, en poussant dans la fosse nasale saignante de petits cônes de beurre de cacao, dans lesquels il avait fait incorporer du perchlorure de fer solide pulvérisé.

La ventouse Junod peut rendre de grands services dans les cas pressants

Comme dernière ressource, le tamponnement peut être mis en usage ; toutefois ce ne sera pas sans difficulté qu'on parviendra à pratiquer cette opération, dans certains cas.

Négrier, d'Angers, a proposé l'emploi d'un moyen très simple pour arrêter les épistaxis. Il conseille de tenir les bras élevés pendant quelques secondes. Ce moyen lui a réussi au bout de dix secondes chez un enfant de 14 ans, qui avait perdu 200 grammes de sang. Cette pratique est d'un bon effet : elle est maintenant d'un usage général.

On a recommandé aussi de verser goutte à goutte de l'*éther* sur le front ; la réfrigération qui en résulte serait assez considérable pour tarir rapidement l'hémorrhagie.

Les insufflations de *seigle ergoté* en poudre nous ont paru très efficaces, mais elles occasionnent quelquefois de violentes douleurs. L'*ergotine* en injection, ou portée dans les narines au moyen de bourdonnets de charpie, n'a pas les mêmes inconvénients et produit le même effet utile. Ce médicament peut être employé aussi à l'intérieur, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme, ou en injection hypodermique.—*Rev. de thérap. méd. chirurg.*

Le benzoate de soude dans la diarrhée estivale des enfants.—Le Docteur R. Guaita, avec d'autres auteurs d'ailleurs, considère la diarrhée estivale des enfants comme une maladie zymotique provoquée par la présence d'un microbe spécial provenant de l'extérieur ou bien se développant pendant la digestion dans le tube intestinal. Un régime défectueux, une mauvaise hygiène, la chaleur excessive, seraient des causes prédisposantes. Partant de cette opinion, il pensa à employer le benzoate de soude, lequel fut déjà mis en usage et loué par Kapuscinsky et Zilewiez, dans les vomissements et la diarrhée des enfants, comme antifermentescible et modificateur de la muqueuse intestinale, mais ces auteurs y joignaient le sous-nitrate de bismuth.

L'auteur employa le benzoate de soude seul et sans aucun autre médicament, dans cinquante-trois cas, chez des enfants de six mois à deux ans. Dans trente-cinq de ces cas, l'affection datait de vingt-quatre à trente heures ; dans les dix-huit autres, de six à quatorze jours. Dans la première catégorie, la guérison se produisit toujours après un espace de quatre à huit jours ; dans la seconde, après une moyenne de vingt et un jours, sans un seul décès. Après un purgatif (calomel, jalap), l'auteur fait prendre. dans les vingt quatre heures, de 4 à 6 grammes de benzoate dans 100 grammes d'eau, et cela pendant deux jours. Le troisième jour, purge légère (magnésie, mannite), suivie d'une nouvelle administration de benzoate. Après deux jours, on observe constamment l'amélioration des selles, la cessation de leur fétidité et du vomissement. Pendant le traitement, l'enfant est maintenu

à la diète et ne prend que de la limonade et quelques cuillerées de vin généreux. Le lait et le bouillon sont absolument proscrits, l'auteur ayant observé que le lait, et spécialement le lait de vache, fermente facilement dans l'estomac. et augmente ainsi le mal. Toutefois, aux nourrissons, il faut laisser le sein, mais seulement quatre fois en vin gt-quatre heures.

On pourra associer, d'ailleurs, au traitement, les médicaments que des indications spéciales peuvent rendre utiles. Par son action antizymotique, le benzoate de soude serait donc, pour le docteur Guaita, un médicament précieux dans la diarrhée estivale des enfants.—*Bulletin de thérapeutique.*

Maladies fébriles chez les enfants; emploi des onctions générales graisseuses pour modifier la température.—Ce traitement est fréquemment employé en Angleterre et en Allemagne avec succès; frappé des avantages que les auteurs lui attribuaient, le Dr Colrat y a eu recours dans le but d'abaisser la température, chez les enfants atteints d'une affection aiguë, telle que la scarlatine, la variole, la broncho-pneumonie, etc. Il s'est servi d'axonge, de cérat et surtout de vaseline. Dans tous les cas, il a observé consécutivement à l'onction cette période de bien-être, de calme, de sommeil, signalée par tous les auteurs, et il a obtenu un abaissement de la température générale du corps assez notable et assez persistant.

La chute de la température commence cinq minutes après l'onction, et au bout d'une heure on a le maximum de l'abaissement; la température reste un moment stationnaire, puis elle remonte pour atteindre le degré initial, environ 1½ h. ou 3 heures après l'onction. Si à ce moment on fait une nouvelle friction, on observe de nouveau les mêmes phénomènes.

On n'observe jamais d'accidents; il semble même que l'albuminurie et les inflammations séreuses sont moins communes chez les scarlatineux traités par les onctions grasses.—*Scalpel.*

Du traitement hydrothérapique dans les maladies infantiles.—Communication du professeur Heubner.—Le région thoracique chez les enfants formant une part très grande du corps entier, le rafraîchissement de cette partie produit des effets notables sur tout l'organisme.

Un linge mouillé et soigneusement exprimé, à la température de 16 degrés centigrades, sera placé sur la poitrine, le ventre, les cuisses du jeune sujet et ramené sur les côtés, le tout couvert d'une flanelle. Le linge sera renouvelé toutes les demi-heures quand la température du malade sera à 40°, et toutes les heures quand la température sera un peu plus basse.

Ces applications seront ainsi renouvelées pendant la plus grande partie de la journée. Un enveloppement complet de l'enfant dans le linge mouillé abaissera encore davantage la température; mais plus l'enfant est jeune, moins il est capable de supporter ce traitement.

L'hydrothérapie peut être aussi appliquée dans les affections catarrhales, pour produire la chaleur et la transpiration. Dans ce cas, les linges mouillés doivent être recouverts avec un surtout lâche, en flanelle, et peuvent rester en place une heure et demie. L'addition d'un peu de moutarde à l'eau en favorise l'effet.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.

1°—*Dr W. C. Webb.*

℞.—Croton chloral ..... ʒi
Tinct. belladon ..... ʒii
Tinct. cardam. co ..... ℥ii
Glycerinæ ..... ℥iii

M.—*Dose :* Une demi-cuillerée à thé toutes les quatre heures pour un enfant de deux ans.—*Physician and Surgeon.*

2°—*Dr H. L. Harrington.*

℞.—Extr. ergotæ liquid ..... ʒiv
Pot. bromid ..... ʒvi
Syrup. simpl. } ℥viiss
Aquæ }

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures. —*Physician and Surgeon.*

Toux des phthisiques.—*Green.*

℞.—Sol. morphiæ hydrochlorat } ãã
Spt. chloroformi } m iii
Vin. ipecacuanhæ }
Oxymel. scillæ } ãã
Syrup. tolut } m. xx
Mucilag ..... m. xx
Aquæ ..... ʒi

M.—A prendre 3 ou 4 fois durant la nuit.—*Physician and Surgeon.*

Empyème.—*Hébert.*

℞.—Hydrate de chloral ..... 10 parties
Borate de soude ..... 5 —
Eau distillée ..... 500 —

M.—En injection. Cette injection est à la fois désinfectante, cicatri sante et anesthésique.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

Pharyngite folliculaire.—*Green.*

℞.—Créosote ..... gtt xxiv
Teinture de myrrhe } ãã ʒiii
Teinture de lavande }
Sirop simple ..... ʒvi
Eau ..... ℥v

M.—En gargarisme.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

Dyspepsie flatulente.—*Farquharson.*

℞.—Bicarb. sodæ } ãã ʒii
Sacchari pulv }
Spt. amm. arom ..... gtt xl
Aq. menth pip ..... ℥vi ss

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe après le repas.—*Union médicale.*

Paralysie infantile.—*Henberger.*

℞.—Strychnine..... gr. $\frac{3}{8}$
Poudre de réglisse..... gr. xxxvi

M.—Divisez en 40 pilules.—*Dose :* Deux par jour.—*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*

Spermatorrhée.—*Beard..*

℞.—Tinct. lupulini..... ℥iv
Tinct. opii..... ℥ii
Mixt. camph..... ℥ii
Tinct. cantharid..... gtt i

M.—*Dose :* De une à deux cuillerées à thé, le soir au coucher.

Impuissance.—*Hammond.*

℞.—Strychniæ sulph..... gr i
Acid. hypophosph. dilut..... ℥i

M.—*Dose :* Dix gouttes, trois fois par jour, avant les repas, dans une cuillerée à thé d'extrait fluide de Coca.—*Phys. and Surg. Investigator.*

Manie puerpérale.—*Dr A. J. Burdeno.*

℞.—Pot. bromid..... } ãã
Sodii bromid..... } ʒv
Chloral. hydrat..... ℥iv
Aq. camphor..... ℥iv

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé trois fois par jour, dans beaucoup d'eau.—*Physician and Surgeon.*

Leucorrhée.—*Parvin.*

℞.—Tinct. benzoin..... ℥i
Aquæ rosæ..... ℥vii

M.—Deux onces de ce mélange dans une chopine d'eau. En injections.—*Coll. and Clinical Record.*

Bubon.—*Keyes.*

℞.—Tinct. aconit..... } ãã
Tinct. belladon..... } p. æq.

M.—Application locale au moyen d'un pinceau.—*Physician and Surgeon.*

Eczéma du cuir chevelu.

℞.—Acid. salicylic..... gr. x
Tinct. benz..... m. xx
Vaselinæ..... ℥i

M.—En onctions.—*Edinburgh Medical Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUILLET 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36. RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

La Kermesse.

Si, à l'hôpital Notre-Dame, on a jamais douté des sympathies du public Montréalais envers cette institution, toute trace de doute a dû forcément disparaître en face du résultat produit par la Kermesse. Le noble et infatigable zèle déployé en cette occasion par les dames organisatrices de cette fête de charité vient d'être couronné de la récompense la plus belle (après la satisfaction que laisse toujours après elle une bonne action) : une recette dont le chiffre dépasse les espérances de ceux-là même qui espéraient le plus.

Cette recette s'élève en somme à $15,021.42 répartis comme suit : Lunchs et diners, $2,004.40 ; Section française, 1,907.20 ; Section irlandaise et roue de fortune, 1,890.18 ; Section canadienne, 1,639.81 ; Section anglaise, 1,085.00 ; Section américaine, 866.17 ; Loterie, 958.95 ; Rafraîchissements, 942.39 ; Bureau de tabac, 490.55 ; Fleurs, 487.44 ; Thés, 54.35 ; Dons en argent, 839.88 ; Admissions et concert, 2,055.10.

Grâce à ce secours, l'hôpital Notre-Dame va pouvoir améliorer sensiblement ses conditions d'existence. Une partie du prix d'achat

($30,000) de la propriété actuellement occupée par l'hôpital sera payée, et plusieurs améliorations et réparations urgentes vont pouvoir être faites incessamment. Le nombre des lits sera très probablement augmenté, et une pièce aménagée pour l'installation d'un laboratoire d'anatomie pathologique.

Nous sommes heureux de constater qu'en cette circonstance la charité publique s'est exercée sans distinction de nationalité ni de religion. Nous en félicitons cordialement nos concitoyens d'origine étrangère. Ce qu'ils ont fait là ne saurait être oublié.

Le comité exécutif de la Kermesse était composé de Mesdames J. R. Thibaudeau, Jacques Grenier, Henry R. Gray, L. B. de Gonzague Henri Masson, Ed. Barnard et J. P. Rottot et de Messieurs J. R. Thibaudeau, O. McGarvey, E. A. Généreux, R. J. Devins, Gustave Drolet et Dr. E. P. Lachapelle.

La direction des divers départements était disposée comme suit : Table Canadienne : Mmes J. P. Rottot et A. Levesque.—Table Anglaise : Mmes J. C. Würtele et R. S. Tylee. — Table Française : Mmes M. Schwob et L. B. de Gonzague.—Table Américaine : Mmes C. F. Sise et E. Barnard.—Table Irlandaise : Mmes James McShane et R. J. Devins.—Rafraichissements : Mmes P. Guy et Duncan McDonald.—Fleurs : Mmes C. Geoffrion et Arthur Boyer.—Tabagie : Mmes Armand LaRocque et E. Lareau.—Loterie : Mmes Alex. Lacoste et J. A. Laramée.—Lunchs et Diners : Mmes Jacques Grenier et C. S. Snowdon.

Le "Journal d'Hygiène populaire."

La seconde livraison du *Journal d'Hygiène* vient de nous être remise. Il y a progrès bien évident, et il nous fait plaisir de le constater. La partie typographique laisse peu à désirer, et l'apparence générale du journal y a beaucoup gagné.

Au risque de passer pour être trop sévères, nous ferons cependant remarquer à notre confrère qu'il semble encore onblier parfois qu'il s'adresse au *peuple* et par conséquent à une classe de lecteurs peu susceptibles d'entendre un language scientifique. Par le fait, il semble aussi mettre de côté le but même du journal qui est de traiter des choses de l'hygiène et non de celles de la médecine proprement dite.

Ces réflexions nous viennent au sujet de l'article intitulé : "Soignons nos enfants" et dans lequel est traitée la question de la diarrhée infantile. Le traitement de cette maladie y est donné fort au long, non seulement au point de vue hygiénique (prophylaxie, diète etc.), mais aussi au point de vue médical. A notre avis, cela ne devrait pas être. Un cas étant donné de *cholera infantum*, une fois les mesures hygiéniques prises, si la diarrhée persiste, la première chose à faire est de requérir les soins d'un médecin qui prescrira ce qu'il jugera à propos, suivant la nature et la gravité du cas, ce à quoi l'hygiène n'a rien à voir. Le traitement médical de la diarrhée, sur lequel le confrère s'étend avec tant de complaisance, et dont il profite pour nous *couler* une formule ou deux, nous semble donc assez hors de propos dans un article de

ce genre. Le public en général est un fort mauvais juge dans les questions médicales, surtout quand il s'agit de thérapeutique. Les charlatans sont là pour le prouver. Nous ne saurions donc admettre que ce même public soit mis au courant d'une médication à laquelle il ne comprendra que tout juste ce qu'il lui faut pour s'embrouiller tout à fait. Cela dispense peut-être, pour le moment, des soins d'un homme de l'art, mais ce n'est pas le malade qui en bénéficiera, à coup sûr, et le *Journal d'Hygiène*, qui se prête de la sorte à une vulgarisation inopportune de la médecine, tout à fait en dehors de son rôle, n'y gagnera pas non plus.

Viande et tubercule.

Nous lisons dans le *Journal d'Hygiène populaire*: " Un animal qui " ne présentera des tubercules que dans un organe, et dont la viande " aura les qualités requises, pourra être livré à la consommation..... " Nous savons que nous sommes en contradiction ici avec quelques " autorités... mais nous sommes convaincus que nous donnons la " doctrine reconnue partout par la science dans tous les pays et que " les ordonnances hygiéniques sont appuyées sur cette doctrine."

Si nous nous en tenons à la lettre même de la vérité purement scientifique, nous concèderons volontiers à notre confrère que, toutes réserves faites, dans le cas d'un animal ne présentant de tubercules que dans un seul organe, il est *possible* que la viande en d'autres parties du corps ait les qualités requises (c'est-à-dire soit exempte de tubercules) et *puisse*, strictement parlant, être livrée à la consommation. Mais la difficulté vient en grande partie du fait qu'une viande peut sembler saine et exempte de tubercules à un examen ordinaire, et cependant contenir une certaine proportion de ces éléments morbifiques qu'un examen plus minutieux pourrait seul faire découvrir.

Le boucher, qui a tout intérêt à débiter ses viandes en aussi grande quantité que possible, n'est nullement compétent à pratiquer un tel examen, de sorte que, de ce côté, le public n'est pas du tout sauvegardé. Même pratiqué par des hommes compétents, cette recherche, surtout quand la viande est débitée par morceaux, est parfois très difficile et, au dire de la plupart des auteurs, donne rarement de bons résultats (1).

Le parti le plus sage, en même temps que le plus sûr, serait donc de prohiber la viande des animaux chez lesquels on aurait trouvé des éléments tuberculeux, ne fut-ce que dans un seul organe, car, advenant un cas douteux, c'est le public et non pas le boucher qui doit bénéficier de ce doute. Il ne faudrait pas, pour éviter à un seul homme une perte relative, exposer plusieurs familles au danger d'une contagion qui, dans l'état actuel de nos connaissances, semble bien établie

Admettons même pour un moment qu'il soit pratiquement possible

---

(1) Congrès international d'Hygiène de Paris. 3e Question.—Hygiène alimentaire. Rapport de MM. Bouley, Nocard, Bouchardat et Gauthier.

de découvrir dans la plupart des cas la présence des tubercules dans les diverses parties du corps, voir même d'en extraire et détruire une partie, nous ne croyons pas que ce soit là une chose qu'on doive crier sur tous les toits, encore moins ériger en principe, attendu qu'il y aurait là une porte très large ouverte aux abus. Avec ce système, nous ne manquerions pas de bouchers qui affirmeraient avoir bien examiné ou fait examiner leurs viandes, ou en avoir extrait les matières tuberculeuses, tandis que, en réalité, ils n'en auraient rien fait. Dans une matière de cette gravité, il importe que toutes les précautions soient prises pour sauvegarder la santé du public ; mieux vaut alors pécher par excès de prudence.

Le Cholera Infantum.—Cette terrible maladie, qui enlève chaque été tant de petits êtres et contre laquelle le médecin se trouve désarmé, à commencé sa moisson annuelle. Mille traitements ont été successivement préconisés ; un grand nombre n'ont pu subir l'épreuve clinique et tous sont souvent restés impuissants, enrayés dans leur action par la violation des lois hygiéniques, la suralimentation et les délais mortels d'un traitement empirique antérieur. Les médecins ne le savent que trop, l'expérience de pareils faits est désolante ; l'observation des lois hygiéniques dans les villes ne peut être que relative et incomplète ; tant d'agents morbides échappent au contrôle des autorités et des particuliers ; les quartiers les plus malsains et les plus encombrés sont partout peuplés par la classe la moins favorisée de la fortune et généralement la moins intelligente, et c'est là que l'ignorance des préceptes hygiéniques aidant la pauvreté, les désavantages du sol, les miasmes de l'industrie manufacturière et les effets d'une chaleur torride, on constate une effrayante mortalité infantile dont le chiffre le plus élevé est dû aux maladies des voies digestives. Quelqu'intelligent et approprié que soit le traitement médical de ce genre d'affections, rien n'y fera si l'hygiène est violée et l'alimentation laissée au caprice morbide du petit malade ou au préjugé stupide des gens qui croient que plus un enfant mange, plus il devra engraisser et se bien porter.

Dans le traitement médical, les mercuriaux autrefois si en vogue sont maintenant restreints à certains cas particuliers ; les opiacés, si souvent contrindiqués chez l'enfant dont le cerveau est toujours prêt à se congestionner, semblent n'être appropriés qu'au cholera infantum lié à la dentition, et s'administrent de préférence par la voie rectale ou la méthode cutanée ; les astringents ne produisent qu'un effet passager souvent défavorable ; enfin, chacune de ces médications à ses indications, précieuses à l'occasion, mais assez restreintes.

La cause la plus fréquente du choléra des enfants se trouve incontestablement dans un défaut d'équilibre entre le pouvoir digestif de l'estomac et la digestibilité des aliments ingérés. Que cette cause soit immédiate ou consécutive, elle n'en reste pas moins la lésion capitale de l'affection et exige des mesures hygiéniques actives, une alimentation et une intervention médicale appropriées.

On emploie tantôt les alcalins, chaux, soude, magnésie, etc., des poudres inertes, bismuth etc., les acides muriatique, sulfurique, lac

tique, etc. Mais dans ces dernières années on semble avoir donné la préférence aux préparations de pepsine destinées à fournir à l'estomac les sucs digestifs qui lui manquent. Nombreuses sont les préparations de pepsine, mais toutes ne sont pas efficaces. Parmi celles qu'on fabrique en Amérique, celle de Wyeth, de Philadelphie, nous semble mériter la préférence.

La Lactopeptine est une préparation du même gendre, elle est très appréciée et nous a donné de très bons résultats. C'est un composé de pepsine, de pancréatine, de ptyaline et d'acides lactique et chlorhydrique ; comme on le voit, rien n'y manque en fait d'agents digestifs, et les procédés de fabrication pourraient seuls en annuler l'effet. Jusqu'aujourd'hui, nous n'avons eu qu'à nous féliciter de la Lactopeptine que nous livre la *Pharmacal Association* de New-York. On conseille d'administrer la Lactopeptine mêlée aux aliments ou dans du lait; nous ne saurions approuver l'habitude qu'ont certains de nos confrères de la dissoudre dans l'eau de chaux ; un excipient alcalin ne convient guère à une préparation acide et qui perd toutes ses propriétés en perdant son acidité.

NECROLOGIE.

J. E. Landry, M.D.—Il nous fait peine d'avoir à enrégister aujourd'hui la mort d'un de nos plus éminents chirurgiens canadiens.

Jean Etienne LANDRY, docteur en médecine, membre correspondant de la société d'Anthropologie de Paris, membre honoraire de la société d'Emulation de Louvain, ancien Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire à l'Université Laval, est décédé le 17 juin dernier, à l'âge de 79 ans.

Le Dr Landry naquit à Carleton (Bonaventure), le 25 décembre 1805. Il fit ses études à Ste. Anne, dans le collège que venait d'y fonder son oncle maternel, le Révd. Charles Frs. Painchaud, et il étudia la médecine à l'hôpital de la Marine où il passa quatre années; il fut licencié le 10 juillet 1840. Après avoir pratiqué sa profession pendant quatre ans à la Pointe Lévis, il revint à Québec, demeura trois nouvelles années à l'hôpital de la Marine, à titre de chirurgien de cette institution, et pratiqua ensuite la médecine dans la ville jusqu'en 1864.

A cette époque, le Dr Landry devint propriétaire de l'Asile d'aliénés de Beauport

Dans l'automne de 1854, il fut nommé professeur d'anatomie, puis de chirurgie à l'Université-Laval et alla en Europe pour acquérir, au nom de cette institution, une bibliothèque médicale, des préparations anatomiques et les instruments de chirurgie. A son retour, le printemps suivant, il se mit ardemment aux devoirs de son professorat, et, pendant plus d'un quart de siècle, il les accomplit avec une constance qui ne faiblit jamais. Sa réputation de chirurgien était incontestée et s'étendait au loin.

Le Dr Landry était chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital de la Marine. Comme clinicien il se distinguait par une clarté d'élocution et une sûreté de coup d'œil peu communes. Comme opérateur, nul n'avait la main aussi ferme et ne gardait mieux son sang froid, dans les cas les

plus difficiles. Universellement respecté, aimé et même un peu craint de ses élèves, il savait, à l'occasion leur prouver tout l'intérêt qu'il leur portait. Aussi la nouvelle de sa mort sera-t-elle reçue avec douleur par tous ceux qu'il avait formés à la science chirurgicale et qui avaient conservé pour leur vieux professeur un véritable culte de respect et de vénération.

On annonce, à Paris, la mort de M. le Dr A. Blondeau, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*. M. Blondeau a succombé à des complications goutteuses. Nos collègues du *Progrès* voudront bien agréer l'expression de notre plus vive condoléance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Sixth Annual Announcement of the Fort Wayne College of Medicine. Session 1884-85.

International Medical Congress. Eight Session, Copenhagen, 10*th to* 16*th August* 1884. *Rules and Program.*

Transactions of the 15*th Annual Meeting of the Medical Society of the State of Tennessee.*

General Report of the Commissioner of Agriculture and Public Works of the Province of Quebec for the fiscal year ending 30*th June* 1883.

Rapport du Surintendant de l'Instruction Publique de la Province de Québec pour l'année 1882-83.

Rapport du Commissaire des Terres de la Couronne de la Province de Québec pour les douze mois expirés le 30 juin 1883.—Imprimé par ordre de la Législature—1884.

NOUVELLES MEDICALES.

M. le Dr. Alph. Méthot a laissé St. Maurice, pour aller se fixer à Ste. Anne de la Pérade.

Nos échanges de Paris nous apprennent que M. Gosselin vient de donner sa démission comme professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris.

Université Laval. Montréal.—Faculté de Médecine.—Les examens pour la licence et le doctorat ont eu lieu dans le courant du mois de juin dernier. En voici le résultat :

Docteurs en médecine :—MM. Thomas Brennan et J. E. Barnaud.

Licenciés en médecine :—MM. Arthur David et Euclide Tremblay.

Bacheliers en médecine :—MM. N. G. Chabot, Arthur Delisle, L. N. Delorme, S. Filiatrault, W. A. Hénault, J. M. Legault, C. O. Ostigny et L. J. H. Roy.

Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

PREMIER EXAMEN :

Chimie :—Recherche de l'arsenic par l'appareil de Marsh. Décrivez l'appareil et expliquez les réactions qui ont lieu. Comment distinguer la tache arsenicale de la tache antimoniale.

Anatomie :—Circulation veineuse superficielle du membre supérieur.

Pathologie générale :—De la gangrène. Quelles en sont les causes ? Décrivez-en les différentes espèces.

Histologie :—Caractères du tissu glandulaire.

Physiologie :—Action du foie dans la digestion.

Hygiène : Le climat des montagnes offre-t-il quelques avantages dans quelques maladies et pourquoi ?

SECOND EXAMEN :—

Pathologie interne : Pneumonie.—Lésions anatomiques ; symptômes ; terminaison.

Pathologie externe :—Quels sont les agents ordinaires de l'étranglement des hernies ? Qu'entendez-vous par collet du sac ? Comment reconnaissez-vous qu'une hernie est étranglée ? Dans quelle direction devez-vous débrider l'agent de l'étranglement dans la hernie inguinale oblique ?

Tocologie :—Décrivez la version podalique.

Matière médicale :—Iodure de potassium ; action physiologique ; usages.

Ophthalmologie :—Quelles sont les indications à remplir dans les cas de brûlure de l'œil.

Médecine légale :—D'où tirez-vous les preuves de la vie chez l'enfant, dans un cas d'infanticide ?

Toxicologie :—Traitement de l'empoisonnement par l'acide sulfurique.

NAISSANCES.

LAURENDEAU.—A St-Gabriel de Brandon, le 7 juin, la dame du Dr Albert Laurendeau, une fille.

CHOLET.—A Ste-Justine de Newton, le 30 juin, la dame du Dr H. Cholet, un fils.

DÉCÈS.

GABOURY.—A St. Martin, Isle Jésus, le 5 juin, Dame Virginie Lavoie, épouse du Dr A. Gaboury.

MERRILL.—A Montréal, le 16 juin, Alphonse-Rodriguez, enfant du Dr G. H. Merrill.

TRUDEL.—A Montréal, le 28 juin, Joseph-Eugène-Henri, enfant du Dr F. X. Trudel.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — **M. LARAMEE.**

Du diabète sucré.

Vous avez vu, couchée au nº 47 de la salle Ste-Marie, une femme atteinte d'une maladie fréquente, bien qu'elle ne le soit pas autant que le rhumatisme musculaire dont je vous ai entretenu dans notre dernière leçon. Voici les symptômes accusés par cette patiente : Appétit vorace, avec amaigrissement notable de tout le corps, soif intense, miction abondante, hyperesthésie généralisée. Elle est très impressionnable aux moindres sujets d'émotion et se chagrine pour des riens; la langue et la bouche sont sèches. Il y a déjà quelque temps, elle a souffert de prurit à la vulve.

A ces signes non équivoques vous avez raison de soupçonner l'existence du diabète sucré.

Chaque fois, messieurs, que vous entendrez un malade (ou *une* malade, car on dit la femme plus sujette que l'homme à contracter cette affection,) vous dire que son appétit est vorace, insatiable, ayez soin de pousser plus loin votre interrogatoire et de lui demander s'il a toujours été grand mangeur. S'il vous répond que c'est surtout depuis un certain temps, et si vous avez affaire à un sujet avancé en âge, soyez sur vos gardes. Un appétit désordonné n'est pas l'apanage des vieillards, qui, d'ordinaire mangent peu, comme vous le savez. Dans ce cas vous devez soupçonner l'existence du diabète sucré, surtout si votre patient accuse en même temps, ou dit avoir éprouvé naguère une soif que rien ne pouvait étancher, la miction étant plus ou moins abondante. La sécrétion urinaire est ordinairement profuse au cours du diabète; ce symptôme, ainsi que la soif excessive qui l'accompagne, peuvent être rangés parmi les symptômes primaires. Ultérieurement, il n'est pas aussi manifeste, et c'est ce qui fait que les malades oublient souvent de le mentionner. Trop souvent aussi le médecin attend que le patient s'en plaigne pour songer à l'examen de l'urine. Cet examen doit se faire chaque fois qu'un malade accuse une miction abondante en même temps qu'une soif inusitée. L'urine des diabétiques est ordinairement limpide. C'est là un caractère que le malade n'oublie pas de mentionner quand on lui parle de son urine et qu'on demande à en faire l'examen. Il ne faut pas s'y laisser tromper. Vous entendrez jusqu'à des médecins dire "qu'ils n'ont pas jugé à propos d'analyser l'urine de leurs malades, parce qu'elles étaient belles, limpides comme de *l'eau de roche ;* que d'ailleurs, ils les ont vues eux-mêmes."

Le prurit qui se fait sentir aux diverses parties du corps, et en particulier aux parties génitales, chez les deux sexes, doit encore vous

mettre en éveil. Quand une femme accuse du prurit vulvaire (en dehors de la grossesse) ou qu'un homme se sent incommodé par des démangeaisons insolites au gland, au méat urinaire et au scrotum, vous pouvez soupçonner la présence du diabète et, alors, faire l'examen de l'urine. Chez l'homme il se forme, au pourtour du méat urinaire, de légers dépôts de sucre qui produisent de l'irritation. Ces dépôts saccharins se font aussi en dedans et même parfois en dehors du pantalon où ils se rencontrent sous forme d'anneaux blanchâtres très reconnaissables à la simple inspection.

Le prurit simple n'est pas le seul accident produit aux parties génitales par le contact de l'urine diabétique. On y remarque encore plus souvent de l'eczéma, de l'herpès, de la balanite, quelquefois du phimosis (phimosis d'autant plus prononcé que le prépuce est plus long,) et très rarement la gangrène. Chez la femme on constate ces accidents à la vulve, dans le vagin, à l'anus, au mont de Vénus et à la partie supérieure et interne des cuisses. En règle générale le prurit est beaucoup plus intense chez la femme que chez l'homme. Mais ces lésions, (*diabétides génitales* de M. Fournier,) ne sont pas toujours limitées aux parties sexuelles, par cela même qu'elles ne sont pas toujours dues au contact d'une urine chargée de sucre. A toutes les périodes de l'affection, mais surtout à une période avancée, on les rencontre en d'autres parties des téguments; elles sont alors liées à un état anémique particulier du sang (glycémie). Elles se montrent sous forme d'herpès, d'eczéma (*diabétide eczémateuse*) de zona, phlegmon, anthrax, gangrène, etc. Ces accidents cutanés peuvent se montrer même en l'absence des symptômes classiques ou caractéristiques du diabète, v.g. polyurie, polydipsie, polyphagie.

A propos des diabétides génitales produites par le contact de l'urine sucrée, M. Fournier fait observer que les ouvriers employés dans les fabriques de sucre souffrent souvent d'éruption à la peau : erythème, prurigo, eczéma, etc.

Je vous ai dit que notre malade prenait sujet de chagrin pour peu de chose. En effet, l'état mental des diabétiques présente en général un caractère de sensibilité exagérée. Il suffit de la moindre contrariété, du moindre chagrin pour les mettre tout à fait hors de leurs gonds. Cette excessive impressionabilité du système nerveux chez ces malades fait même que l'on accuse trop souvent les chagrins d'être la véritable cause de l'affection. Messieurs, n'oubliez pas, je vous en prie, que les émotions pénibles, épreuves, ennuis, chagrins, etc, sont trop souvent accusés d'être la cause productrice des maladies. S'il fallait qu'il en fut ainsi, tout le genre humain serait malade et la vie deviendrait impossible.

L'haleine des diabétiques est d'une odeur sucrée, fade et désagréable. La bouche et la peau sont la plupart du temps d'une sécheresse qui incommode fort le patient.

Notons en passant que l'amaigrissement est un symptôme tardif. Généralement il est considérable, et d'autant plus marqué que le sujet était plus obèse antérieurement. Un grand nombre de malades accusent des douleurs cutanées (hyperesthésie) et musculaires, surtout dans les jambes.

Plusieurs réactifs sont en usage pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine ; je vous en recommanderai deux plus spécialement:

celui de Trommer et celui de Fehling. Je préfère de beaucoup ce dernier comme étant un agent très sensible et d'un maniement plus facile. Avec l'un et l'autre l'on obtient—après ébullition—un précipité jaune ou jaune orange. La solution de Fehling doit être fraîchement préparée, car à la longue il s'y forme un dépôt d'oxide de cuivre. Attendez-vous à retrouver ordinairement du sucre dans l'urine à toute période de la maladie, à moins que le malade ne suive un régime de diète spécial. Ce sucre n'y est peut-être pas toujours en égale quantité, mais vous en constatez la présence pour ainsi dire toujours certaine. Certaines maladies intercurrentes, v.g. scarlatine, pleurésie, etc., peuvent, en des cas exceptionnels, diminuer ou supprimer la présence du sucre dans l'urine, mais seulement d'une manière temporaire.

Le pronostic est mauvais dans le diabète. La maladie peut, à la vérité, durer longtemps, mais elle conduit à une issue fatale.

Le traitement du diabète est surtout alimentaire et hygiénique. Le malade doit suivre un régime de diète particulier. Ainsi il doit s'abstenir de tout aliment contenant du sucre ou pouvant en produire dans l'économie; or vous savez que la plupart des substances végétales en contiennent ou peuvent en former; toutefois le diabétique pourra faire usage de radis, tomates, oignons, asperges, champignons, céleri, concombre, chou, chicorée et de quelques autres. Il pourra aussi librement faire usage de n'importe quel poisson ainsi que de toute viande, sauf le foie, et vous verrez que la plupart du temps il ne se fera pas prier sur ce point.

Recommandez à vos malades l'exercice à l'air libre. Cet exercice ne devra cependant pas être poussé jusqu'à la fatigue.

En fait de médicaments on recommande l'opium, le bromure de potassium, le cannabis indica, l'acide salicylique, l'ergot, etc. L'opium a donné de bons résultats, mais il faut en surveiller l'emploi car les malades s'y habituent facilement. L'arsénite de brôme (solution de Clemens) à dose de 3 à 5 gouttes dans un verre à vin d'eau, après chaque repas, de même que l'acide lactique sous forme de limonade, d'après Cantani, agissent assez favorablement. Cette limonade de Cantani se prépare comme suit:

℞—Acide lactique pur..... ..... ʒiss-ʒv
Eau aromatique..... ʒv-℥i
Eau .... oii

A prendre en petite quantité durant la journée.

Bourchardat, Cantani et plus récemment A. Flint, jr. (de New-York), font jouer un grand rôle au régime anti-diabétique et avec raison.

Contre les accidents cutanés en général. on recommande les soins de propreté, et en premier lieu le lavage à l'eau pure, les bains de son, d'empois, les poudres siccatives, v.g., le biborate de soude, l'oxyde de de zinc, l'acide borique. Dans les cas de phimosis, prenez pour règle de ne pas opérer, car l'opération est la plupart du temps suivie d'accidents gangréneux. C'est surtout quand il y a du phimosis que le malade doit *savoir pisser* suivant l'expression pittoresque de M. Fournier. Il importe alors en effet que le patient empêche, autant que possible, le contact des urines avec les téguments de la verge. Pour cela, au moment où il va pisser, il aura soin de refouler le prépuce un peu en arrière, de manière à mettre bien en face l'une de l'autre les orifices du prépuce et de l'urèthre.

NOTES DE THERAPEUTIQUE; (1)

par H. E. DESROSIERS, M. D.
Professeur à l'Université-Laval, (Montréal), Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Atropine.—Collodion.—Acide gallique.—Sulfate d'alumine et de potasse —Cerium et iridin.—Pilocarpine.—Antipyrine.—Cure de lait.—Anesthésie par la voie rectale.

Atropine.—Dans une communication à la *New-York Neurolo g ic Society*, le Dr. W. M. LESZYNSKY a rapporté un cas de torticolis rebelle et de longue durée traité avec succès au moyen du sulfate d'atropine en injections hypodermiques, la dose initiale ayant été gr. $\frac{1}{80}$ et la dose finale $\frac{1}{6}$. Aucune amélioration marquée ne se manifesta tant que la dose n'eut pas atteint $\frac{1}{6}$. D'autres mesures thérapeutiques, telles que le galvanisme, la faradisation, etc., furent simultanément mises à contribution, mais l'auteur n'hésite pas à attribuer la guérison au seul usage de l'atropine, Il rapporte aussi l'opinion de quelques autorités au sujet de cette médication, entre autres celle des Drs DaCosta, Shaw et Hammond. Dans tous les cas cités, il a fallu avoir recours à des doses assez élevées de l'alcaloïde, commençant toujours, cependant, par les doses les plus faibles. Comme le fait remarquer le Dr Leszynsky, il est toujours important de bien surveiller les effets du médicament, afin de ne pas s'exposer à des accidents toxiques ; de là la difficulté d'employer une semblable médication ailleurs qu'à l'hôpital.

Collodion.—Mr. Sampson GAMGEE (*Practitioner*) emploie le collodion dans le traitement de l'orchite aiguë dans le but de produire une compression qui amène à la fois la réduction du processus inflammatoire et de la tuméfaction. Il applique plusieurs couches de collodion sur le scrotum et sur le cordon, au moyen d'un pinceau. Il fait encore usage du collodion dans les cas de gonflements inflammatoires localisés, après la disparition des symptômes aigus. De même il emploie un pansement au collodion pour maintenir en place les os du nez dans les cas de fracture de cet organe.

Acide gallique.—Lionel BEALE recommande (*Lancet*) l'usage de l'acide gallique à doses élevées et persistantes dans le traitement des hémorrhagies des organes urinaires. Comme l'acide agit probablement par action de contact sur les tissus saignants, il agira d'autant mieux qu'il sera administré en solution plus concentrée. On devra donc multiplier la fréquence d'administration des doses, d'autant plus que le médicament est éliminé assez rapidement. Beale s'en est très bien trouvé dans les cas d'hémorrhagie chronique de la muqueuse des bassinets, des uretères, de la vessie et de l'urèthre, ainsi que dans les cas où le sang est fourni par des tumeurs fongoïdes de la vessie ou du rein.

L'acide doit être donné à doses fréquemment répétées, nuit et jour, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit en grande partie contrôlée, alors qu'on peut réduire les doses à trois fois par jour ou moins encore.

(1) Voir la livraison de mai.

Il est rare que l'acide gallique soit mal supporté. Il ne produit pas de constipation et n'irrite pas l'estomac. Le glycérolé d'acide gallique est certainement la meilleure forme sous laquelle on puisse donner le médicament; il renferme une partie d'acide pour quatre parties de glycérine. Quarante minimes représentent dix grains et peuvent être administrées dans de l'eau distillée, de l'eau de menthe, d'orange etc. L'auteur a été jusqu'à donner dix grains d'acide gallique toutes les trois heures, sans interruption, pendant trois semaines, et cela sans aucun inconvénient pour le malade.

Sulfate d'alumine et de potasse.—On essaie de ressusciter le traitement de la coqueluche par l'alun. Le Dr WARFVINGE, de Stockholm, (*N. Y. Medical Record*) rapporte une série de cas de coqueluche, d'intensité variable, et chez lesquels il a employé l'alun, avec des résultats encourageants. Il administre ordinairement le remède aussitôt que les symptômes caractéristiques se sont montrés, les bons effets se manifestant d'autant plus tôt que l'alun a été prescrit plus au début. Dans le cas d'un garçon de 8 ans, qui toussait déjà depuis trois semaines, les symptômes ont disparu tout-à-fait au bout de quinze jours, sous l'action de l'alun donné en solution de deux pour cent. Chez une petite fille de six ans, ayant de vingt à vingt-cinq accès par jour, la toux caractéristique fut supprimée au bout de dix jours d'un traitement analogue. Le médicament est la plupart du temps donné en solution de un ou deux pour cent de véhicule (eau et sirop d'orange), à dose d'une cuillerée à thé quatre fois par jour. Même aux dernières périodes de la maladie, les accès ont paru diminuer beaucoup de fréquence et d'intensité, par l'effet de l'alun prescrit à l'exclusion de tout autre remède.

Cerium et iridin.—M. BLONDEAU a lu à la Société de médecine de Paris (séance du 14 juin 1884) un travail sur le traitement des vomissements de la grossesse par l'emploi des préparations de cerium et d'iridin.

On connait déjà l'usage de l'oxalate de cerium dans ces cas, usage préconisé par sir James Simpson. Mais l'oxalate n'est pas toujours pur; souvent il renferme des proportions assez notables de fer et autres substances métalliques.

En raison même de cette impureté de l'oxalate, un pharmacien de Paris, M. Thibault, a imaginé de lui substituer le valérianate, dont l'apparence est la même, mais qui a l'avantage d'être d'une pureté presque absolue et de combiner à l'action sédative et tonique du cerium, celle de l'acide valérianique dont on connait les vertus antispasmodiques.

M. Blondeau a expérimenté le médicament chez une jeune femme qui, depuis le commencement d'une troisième grossesse arrivée à la fin du deuxième mois, était tourmentée par des vomissements survenant chaque jour, à chaque repas. Il prescrivit le valérianate en pilules de deux grains, dont la malade prit une au commencement des deux principaux repas. Dès le troisième jour de ce traitement, les vomissements avaient cessé. Afin d'assurer la guérison, la médication fut continuée en diminuant la dose de pilules, dont elle ne prit plus qu'une le soir pendant une semaine. A partir de ce moment, les choses sont entièrement entrées dans l'ordre et la grossesse a pu suivre son cours régulier sans accident d'aucune sorte.

De son côté, le Dr Berry-Hart, d'Edimbourg, a employé dans des cas semblables, l'iridin, poudre extractive fournie par la racine de l'*iris versicolor*, et vantée par Rutherford, à titre de cholagogue. Il se base ici sur l'influence probable du foie sur les causes de vomissements de la grossesse, et sur le fait que, pendant la gestation, il se produit normalement une modification de cet organe. On sait que beaucoup de malades affectées de vomissements présentent la teinte ictérique. L'indication d'un cholagogne serait évidente dans ces cas, suivant Berry-Hart. Mais comme l'iridin, tout en augmentant le flux de la bile, a aussi besoin d'être aidé d'un purgatif qui expulse celle-ci de l'intestin, l'auteur institue le traitement de la façon suivante. La malade prend, le soir, une pilule renfermant deux grains d'iridin. Le lendemain matin elle ingurgite un verre d'eau minérale (Carlsbad, etc.), ou deux cuillerées à café de poudre de Sedlitz. Cette médication peut être répétée deux ou trois fois s'il est nécessaire. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants, puisque, dans neuf cas, il y eut huit guérisons.

Antipyrine.—Le nom d'antipyrine a été donné par le professeur FILEHNE, d'Erlangen, à un nouvel alcaloïde dérivé de la chinoline. Cette substance (*Gazette médicale de Paris*, 28 *Juin* 1884), est douée d'une action antipyrétique très-puissante. D'après Filehne, avec une dose totale de 90 à 100 grains, administrée en trois prises espacées d'heure en heure, on obtient constamment, même dans les cas de fièvre très-élevée, un abaissement de température considérable. L'effet antipyrétique dure habituellement de sept à neuf heures; quelquefois sa durée ira jusqu'à dix-huit et vingt heures. La température remonte progressivement sans que le malade soit pris de frisson, presque toujours sans sueur. La fréquence du pouls suit une marche parallèle à celle de la température. L'urine ne devient pas plus albumineuse et ne subit pas de changement de couleur appréciable. M. Filehne recommande d'administrer l'antipyrine en solution aqueuse additionnée de vin ou d'eau de menthe. Chez les enfants on emploiera des doses moitié moindres que chez les adultes.

Les résultats annoncés par M. Filehne ont été confirmés par d'autres observateurs dans des cas d'affections fébriles très-variées: pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, fièvre récurrente, érysipèle, rougeole, variole, pleurésie, etc. Un de ces observateurs, M. Guttmann, insiste aussi lui sur l'absence de frisson au moment où la fièvre se relève. Cette circonstance constitue en faveur de l'antipyrine une réelle supériorité sur la kaïrine dont la puissance d'action est contrebalancée par la brusquerie des effets produits et par la violence des phénomènes de réaction. L'administration de l'antipyrine détermine quelquefois des vomissements; à part cela, le médicament est bien supporté.

D'après les observations de May, il paraît démontré que dans le traitement de la fièvre typhoïde, le nouveau médicament l'emporte, au point de vue de l'intensité et de la durée de ses effets antipyrétiques, sur le sulfate de quinine et sur les bains froids.

Les recherches faites par M. Rank offrent un intérêt spécial en ce que l'auteur a eu l'idée d'administrer le médicament par la voie sous-cutanée, pour éviter aux malades les vomissements et la constriction pharyngée, conséquences assez fréquentes de l'administration du remède par les voies supérieures. Ces essais ont parfaitement réussi;

la solution doit seulement être préparée à chaud. L'expérience a démontré que ces injections, quand elles sont faites dans la région fessière, ne déterminent qu'une douleur passagère, sans réaction inflammatoire. Pratiquées chez un ensemble de 25 malades, elles n'ont jamais été suivies de vomissements ni de sensation de strangulation. En outre, l'effet antipyrétique est à la fois plus intense et plus rapide à se produire que lorsque le médicament est administré par les premières voies. Dans cinq cas de fièvres intermittentes, M. Falkenheim a vu échouer l'antipyrine ; celle-ci ne convient donc pas à toute espèce de maladie fébrile.

Enfin, administrée à des sujets bien portants, l'antipyrine, loin d'abaisser la température, a produit l'effet inverse, une élévation d'environ un demi degré, accompagnée de sueurs modérées.

Pilocarpine.—Se basant sur une expérience de plusieurs années, De Dominicis est convaincu de l'efficacité de la pilocarpine, non-seulement dans le traitement de la pleurésie et de la pleuro-pneumonie, mais encore dans celui de la péritonite, le médicament ayant pour effet de favoriser la réabsorption du liquide exsudé, en quelque grande quantité qu'il soit.

On peut rapprocher de ce qui précède, les résultats obtenus par Richter dans le traitement de l'ascite hépatique par la pilocarpine. Sous l'effet de cet alcaloïde, cet auteur a vu, entre autres dans deux cas, le liquide ascitique diminuer rapidement pour ne plus reparaître. De son côté, le Dr. de Luca a rapporté des insuccès par l'emploi de cette méthode. On pouvait s'y attendre. La pilocarpine pourra dans la plupart des cas amener une diminution plus ou moins marquée de la quantité de sérum épanché, ou même favoriser la résorption complète, mais elle ne saurait en empêcher la reproduction tant que les lésions hépatiques seront de nature à obstruer le cours du sang dans le système porte. Si, dans les deux cas de Richter, il n'y a pas eu de nouvel épanchement, c'est que la lésion du foie s'est améliorée simultanément, comme on voit la chose se produire quelquefois, alors que le processus pathologique n'est pas encore très-avancé et reste par conséquent susceptible de guérison.

Cure de lait.—Dans une communication à l'*American Medical Association* en mai dernier, M. le Dr Tyson, professeur à l'Université de Pensylvanie, a résumé (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*) les diverses indications de la diète lactée et exposé le mode d'action de ce précieux agent dans le traitement des maladies. Son expérience personnelle l'a conduit après bon nombre d'observations à employer le lait dans les maladies suivantes : diabète sucré, affections calculeuses, maladie de Bright, dyspepsie gastro-intestinale, obésité et certains cas de soi-disant prostration nerveuse chez la femme. Pour lui, aucun article de diète ne réussit mieux que le lait écrémé dans le traitement de la glycosurie. Il est vrai qu'on ne peut, en tous cas, promettre une guérison, mais il n'en reste pas moins établi que dans un certain nombre de cas il y a soulagement complet, les symptômes ordinaires disparaissant pour ne plus revenir, même après que l'on a ajouté à la diète lactée un peu plus de substances azotées, et plus tard les farinacés, voir même les aliments sucrés. Dans d'autres cas on a constaté l'absence du sucre dans l'urine

tant que le patient s'en tenait à l'usage du lait. Chez d'autres enfin, il y a diminution notable dans la proportion de sucre dans l'urine, mais pas de disparition complète. Il arrive parfois que le lait est mal supporté par quelques-uns, mais dans la grande majorité des cas c'est un des agents les plus efficaces contre la glycosurie.

Bien qu'il soit impossible de préciser à l'avance la quantité de lait que le malade doit prendre chaque jour, Tyson conseille cependant, comme règle générale, de prescrire de 5 à 10 chopines pour un adulte de taille moyenne, le tout proportionné suivant la somme de travail et d'exercice que se donne chaque patient. Ce lait doit être pris lentement ; il ne faut pas moins de cinq minutes pour en boire huit onces. Le liquide ne doit pas être très froid. S'il se produit de la constipation, comme cela arrive souvent par l'effet du lait, Tyson la combat au moyen d'un laxatif salin, sulfate de magnésie ou eau minérale apéritive, ou autre purgatif analogue. Il continue la diète lactée tant qu'il y a du sucre dans l'urine, et même durant quatre ou six semaines après la disparition de toute trace de sucre, alors qu'il revient graduellement à un régime moins rigoureux.

Dans la diathèse urique, l'auteur administre aussi le lait écrémé et s'en trouve bien. Il dit n'avoir pas encore vu un seul cas caractérisé par la persistance des sédiments d'acide urique chez lequel l'usage prolongé et exclusif du lait n'ait pas amené, tôt ou tard, la disparition du dépôt ; en revanche il a eu occasion de voir, dans un cas, l'emploi persistant du lait être suivi du passage d'un calcul assez volumineux d'acide urique, par l'urèthre. Le lait non écrémé agit aussi bien ici que le lait privé de ses aliments gras. La diète lactée est contre-indiquée dans les cas de calculs phosphatiques. Rationnellement, elle peut être mise en œuvre si le calcul est formé d'oxalate de chaux, mais l'expérience n'en dit rien.

Une autre affection contre laquelle on dirige souvent le traitement par le lait est la maladie de Bright. Tyson prescrit le lait écrémé de préférence au lait pur, et l'administre avec plus d'avantages dans la néphrite interstitielle que dans les formes parenchymateuse et amyloïde. La céphalée, le vertige, la nausée, etc., sont souvent soulagés d'une manière remarquable par ce mode de traitement. Si l'on veut obtenir des effets diurétiques marqués, il faut se servir de préférence du lait-de-beurre qui favorise davantage la diurèse tout en étant assimilé aussi facilement que le lait écrémé.

Tyson divise en deux groupes les affections gastro-intestinales contre lesquelles il emploie la diète lactée : dyspepsie simple et maladies organiques. Dans la dyspepsie simple il retire les plus grands avantages de l'emploi du lait écrémé, seul ou associé à l'eau de chaux, ou même aux peptones s'il se produit de la flatulence. S'il s'agit d'une affection organique du tube digestif, ulcère de l'estomac, cancer gastro-intestinal, etc., les propriétés adoucissantes du lait en font un article de diète des plus précieux ; de fait les organes malades ne peuvent guère supporter autre chose. Dans un certain nombre de cas on doit employer simultanément les peptones. Le lait est certainement alors le meilleur reconstituant que nous ayons à notre disposition.

D'accord avec Weir-Mitchell, l'auteur regarde l'usage systématique du lait écrémé comme étant le meilleur agent à opposer à l'obésité. Il le donne à dose de une chopine toutes les quatre heures, ou cinquante-

six onces par jour, ayant soin d'en administrer davantage encore si la faim le demande. Quand le poids du corps a atteint un chiffre rationnellement proportionné à la taille du sujet, il faut réduire la quantité de lait et revenir graduellement à une nourriture un peu plus riche : lait pur, etc. Il est important de noter, toutefois, que quand la réduction en poids a atteint un certain degré, elle ne marche plus que très lentement ensuite, même si l'on continue l'usage du lait à dose modérée, de sorte que l'on peut facilement suppléer à la perte de substance au moyen d'un régime approprié.

Anesthésie par la voie rectale.—(*Concours médical*).—En mars dernier, le Dr. Mollière publiait, dans le *Lyon médical*, une note sur l'injection des vapeurs d'éther dans le rectum pour produire l'anesthésie chirurgicale. D'après lui, ce procédé l'emporterait tellement sur la méthode habituelle que celle-ci ne tardera pas à être détrônée. De tous côtés, on voulut expérimenter la chose, et les chirurgiens américains ont déjà fait un certain nombre d'opérations chez des patients ainsi anesthésiés.

Dans le *Medical Record* du 3 mai, William Bull publie le résumé de dix-sept observations.

La première chose observée est la distension gazeuse de l'intestin ; puis, au bout de trois ou quatre minutes, l'odeur d'éther dans l'haleine. La face devient alors rouge ; la respiration se ralentit et devient profonde ; le malade a des baillements, et s'il ne se produit pas d'excitation, il perd graduellement conscience, sa respiration devient stertoreuse, les sensations et les réflexes disparaissent. Mais la période d'excitation n'est pas toujours supprimée, et l'on note un certain nombre de fois—sept fois sur dix-sept—un symptôme d'une certaine importance, de la diarrhée. Bien que cette diarrhée n'ait été accompagnée que de peu de douleur et ait disparu d'elle-même, que deux fois seulement elle ait été un peu sanglante, l'auteur pense que l'administration de l'éther par le rectum ne doit pas se pratiquer indifféremment, et que même de petites quantités pourraient déterminer chez des sujets jeunes ou affaiblis, la mort par diarrhée et collapsus.

D'après ces observations, il faudrait plus de temps pour produire l'anesthésie que par l'inhalation, et on ne réussirait pas toujours par la méthode rectale seule. En effet, dans plusieurs des cas cités, on a été obligé de recourir à l'inhalateur pour amener l'anesthésie complète. Il avoue qu'il faut moins d'éther que par le procédé ordinaire, que le malade n'est gêné ni par l'odeur désagréable, ni par la sensation de strangulation plus désagréable encore ; mais il trouve que les manipulations nécessaires sont désagréables aux malades et aux médecins, et il insiste surtout sur l'irritation intestinale.

Il ne regarde donc la méthode rectale que comme un adjuvant à l'inhalation. Ainsi, pour éviter aux malades l'odeur désagréable et la sensation de strangulation, on pourrait commencer par l'injection rectale et terminer par l'inhalation.

D'un autre côté, lorsqu'on a à opérer sur la face, on pourrait suivre la voie inverse : inhaler d'abord et injecter ensuite.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Indications et contre-indications de la digitale.—Clinique de M. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Dans le cours de cette année, ceux qui, parmi vous, ont suivi assidûment mon service ont été à même de voir un grand nombre de maladies de cœur contre lesquelles j'ai administré la digitale. Ce médicament a toujours été suivi de bons effets ; mais cela n'empêche pas qu'il peut être nuisible. Je viens de vous montrer dans nos salles, deux individus qui sont deux types tout à fait opposés. Chez l'un, la digitale est d'un effet salutaire, tandis que chez le second, elle est tellement contre-indiquée, qu'elle pourrait lui porter préjudice. Les choses étant ainsi. je me propose, aujourd'hui, de vous expliquer très nettement quel est le principe qui doit vous guider au sujet de l'application de la digitale dans les maladies organiques du cœur.

Ce principe est tellement important que je ne sais que faire pour vous en pénétrer de la manière la plus profonde. Au cours d'une maladie du cœur, pour savoir si vous devez employer ou rejeter la digitale, vous n'avez pas besoin de l'auscultation ; la main seule suffit. Il est très facile de vous prouver qu'il n'y a pas d'autre loi et qu'il suffit de connaître seulement l'état de la contraction du cœur. Veuillez réfléchir à cette question, et vous verrez que la cause des désordres périphériques et viscéraux qui font la gravité, le danger des maladies du cœur est le défaut de rapport entre la force du moteur central, le cœur, et la résistance de l'obstacle, la colonne sanguine à mettre en mouvement.

Cela est un fait. Examinons maintenant un peu quelle est l'action de la digitale. D'une part, elle augmente la force des contractions du cœur en les ralentissant, et d'autre part, elle diminue, secondairement, l'obstacle, par la quantité considérable de liquide qu'elle soustrait au moyen de la diurèse. Alors, tandis que vous savez que tous les dangers résultent de la rupture du rapport entre la force du moteur central et la colonne, et que vous avez un médicament qui a pour but d'augmenter, d'une part, la force du moteur et de diminuer, d'autre part, la résistance de la colonne sanguine, vous n'avez pas, comme je le disais tout à l'heure, à vous occuper de l'état des souffles. Le principe, qui en découle, est le suivant : si la force du moteur est insuffisante, donnez de la digitale : mais si c'est le contraire qui a lieu, abstenez-vous de faire prendre ce médicament.

Mais, me direz-vous, des médecins, et des plus compétents, ont envisagé le sujet d'une autre manière, et en ont fixé les indications par rapport à tel ou tel orifice. Cette objection est purement apparente, et on a eu tort de catégoriser l'indication de la digitale d'après les lésions d'orifice. Cela n'empêche pas, toutefois, qu'au point de vue pratique, on doit s'en servir dans les lésions mitrales, et qu'elle est rarement e mployée dans les affections aortiques. Tout cela est vrai, et sera tou- o urs vrai, sans que mon principe soit atteint. En effet, si elle est plus

indiquée dans les lésions mitrales, c'est parce que ces affections sont beaucoup plus souvent associées avec une insuffisance des contractions cardiaques, tandis que, très souvent, les lésions aortiques ne présentent pas une telle liaison. Voilà pourquoi l'objection n'est qu'apparente, et si l'on fait un pas de plus, vous verrez qu'elle est la consécration la plus flagrante de mon principe. Faites après cela le diagnostic de la lésion d'orifice, vous ne saurez rien de plus et rien de moins.

Mais comment faut-il s'y prendre pour apprécier la contraction cardiaque ? On peut diviser tous ces malades en deux groupes. Dans le premier, où vous rangerez ceux qui ont de la cyanose, de l'œdème, de la dyspnée, l'appréciation du mode de la contraction du cœur est des plus simples, et un coup d'œil suffira à vous donner la certitude que la force est devenue insuffisante. Dans l'autre groupe, vous trouverez des malades qui n'offrent aucun de ces symptômes et qui se plaignent seulement de palpitations. C'est alors que vous devez, chez ces gens-là, interroger la contraction du cœur par la main et beaucoup mieux par l'auscultation directe de l'organe, le stéthoscope jouant ici un rôle nuisible plutôt qu'utile, pour apprécier fidèlement la force, la régularité et l'égalité des contractions cardiaques. Très souvent, si vous ne considérez que l'énergie, vous serez porté à conclure que la force est en rapport suffisant. Ne commettez donc pas la grande faute de vous préoccuper seulement du choc et, pour peu que les contractions soient irrégulières, n'hésitez pas à en conclure que la force est insuffisante. On comprend très bien, en effet, que si les battements sont inégaux, la force sera suffisante, il est vrai, mais le travail effectué ne sera pas en rapport avec la contraction.

Dans les cas du même groupe, comme il importe de ne rien négliger, l'état du pouls sera un bon signe qu'il sera toujours utile, cependant, de corroborer. Mais si, malgré un examen attentif, vous restez dans le doute, attendez 24 heures et faites mesurer la quantité d'urine rendue par le malade. L'énergie est-elle insuffisante ; la quantité d'urine sera au-dessous de la normale, grâce à l'abaissement de la contraction artérielle et à l'augmentation, par contre, de la tension veineuse. Par conséquent, lorsque le malade ne présente aucun des phénomènes grossiers du premier groupe, il faut attendre 24 heures, avant d'employer la digitale. Voilà ce que mon expérience me permet de vous enseigner, et, pour me résumer, je vous dirai que l'emploi de la digitale est indiqué toutes les fois que la contraction du cœur n'est pas suffisante, tandis que dans le cas contraire elle est non seulement contre-indiquée, mais même nuisible.

Ceci dit, afin de vous présenter une étude complète de la question, consacrons quelques instants à examiner quelles sont les meilleures préparations de digitale. Il y a bien des années, en me basant jusqu'ici sur mes propres expériences, que je préconise l'infusion, et cela avec raison, car des expériences faites en 1881 sont venues confirmer ma manière de faire. En outre, depuis 1881, et grâce aux expériences pharmaceutiques faites en Allemagne, nous sommes édifiés sur la nécessité de laisser de côté toutes les teintures. L'expérimentateur a examiné les teintures provenant des meilleures pharmacies des plus grandes villes d'Allemagne, et en a jugé l'action par la dose qu'il faut pour tuer un animal. En présence d'écarts allant du simple au double, on peut en conclure que la richesse est variable et qu'il n'y a pas, par

conséquent, à compter sur ce mode de préparation. Quant à la teinture éthérée, je n'en parle pas ; on sait qu'elle est véritablement inerte.

Si nous éliminons les teintures, nous nous trouvons en présence de la poudre, des macérations, toutes préparations que je ne veux pas critiquer. Pour ce qui est de moi, comme je vous le disais tout à l'heure, je me sers de l'infusion que je suis bien loin de changer, surtout depuis les expériences de ces dernières années, et que vous devez prendre toujours la peine de formuler dans tous ses détails.

Supposons, par exemple, que vous vouliez ordonner quatre-vingts centigrammes de feuilles de digitale : " dans 100 grammes d'eau bouillante, mettez la dose indiquée ci-dessus et laissez infuser pendant 15 minutes. Au bout de ce laps de temps, filtrez, ajoutez 25 ou 30 grammes d'un sirop indifférent et ne faites prendre que lorsque le tout sera complètement refroidi."

Voilà une infusion correctement prescrite dont vous varierez la dose, suivant l'urgence des cas. A un malade du premier groupe, vous n'hésiterez pas à prescrire quatre-vingts centigrammes à un gramme à prendre en quatre ou cinq fois dans les 24 heures. Je ne donne jamais un gramme deux jours de suite, et, si le médicament est toujours pris pendant trois jours consécutifs à la dose de quatre-vingts centigrammes ou moins, suivant la tolérance du malade, lorsque je diminue, le deuxième jour, on peut compter aussi sur un abaissement le troisième. De cette façon, vous aurez les meilleurs effets dans le moins de temps possible. Le ralentissement des battements du cœur, l'énergie de la contraction et l'augmentation de la tension artérielle vous montreront tout ce que l'on peut obtenir de ce médicament qu'une diurèse convenable achèvera de traduire.

Son administration doit être cependant minutieusement surveillée, car il est si facile de passer des effets thérapeutiques aux effets toxiques, que vous n'avez pas le droit, lorsque vous prescrivez une infusion de digitale à un individu qui n'en a jamais pris, de le laisser 24 heures sans le revoir.

Quels sont donc les signes qui permettront au médecin de reconnaître l'invasion de la phase toxique ? Ordinairement le malade vous mettra lui-même sur la voie en vous disant : " J'ai mal au cœur." En présence d'un pareil malaise vous ne devez pas attendre d'autres phénomènes, et supprimer immédiatement la digitale. D'autres fois, ce symptôme ne se montrera pas, et il faut que le médecin soit toujours aux aguets et n'oublie jamais de noter le changement du pouls. Normalement, il est lent et fort, et quand l'intolérance arrive, il peut être encore lent, mais il est moins fort et ne tarde pas, quelques heures plus tard, à devenir plus fréquent. Ce phénomène n'arrive ordinairement qu'après les nausées ; toutefois, il est bon de savoir que l'ordre peut être renversé.

Un autre signe, beaucoup plus facile à apprécier ; c'est la diurèse urinaire. Tant qu'elle augmente, vous pouvez être tranquille ; mais n'en continuez pas moins à exercer une surveillance active, car, du jour au lendemain, elle peut diminuer et alors commencera la phase toxique. Cette diminution, qui ne vient qu'après les nausées, peut être la première en acte, de sorte que, si ces signes sont parfaitement certains dans leurs caractères, ils ne sont pas du tout réguliers dans l'ordre de leur apparition.

Dans toutes ces circonstances, il faut obéir : persister, serait une

des fautes les plus graves. Maintenant, n'oubliez pas qu'à côté de ces intolérances, il y en a d'autres individuelles absolues qui se traduisent par des vomissements. C'est dans ces cas qu'il faut examiner si on ne peut pas se retourner d'un autre côté.—*Praticien.*

Traitement de l'hystérie.—La *Revue médicale de Louvain* traduit une clinique du professeur LIEBERMEISTER, où se trouvent réunis d'excellents préceptes pratiques.

Lorsque l'hystérie est déclarée, la conduite à tenir variera d'après les symptômes prédominants. " Pendant les accès hystériques, le médecin pourra intervenir, pour les faire cesser, par la seule influence de l'autorité qu'il a acquise sur l'esprit de la malade. " Toute émotion vive produit d'ailleurs le même résultat: un des moyens les plus simples et les plus sûrs est de lancer vivement et à plusieurs reprises de l'eau froide à la figure de la patiente; l'application du courant induit à un point quelconque du corps agit également bien. Les mêmes moyens sont applicables aux contractures localisées dans certains groupes de muscles ou dans certains viscères; l'auteur recommande aussi l'application *in loco morbi* d'une large ventouse sèche.

Quant aux paralysies hystériques, elles sont en général à la disposition du médecin, pour peu qu'il ait acquis sur l'esprit de la malade une autorité suffisante; les résultats sont parfois merveilleux; ainsi, sur un simple commandement joint à l'assurance du succès, on voit se réveiller comme par enchantement des fonctions qui ne s'étaient plus exercées depuis des mois ou des années. Dans certains cas, d'ailleurs, il conviendra d'assurer l'effet du traitement moral par l'emploi préalable d'un agent médicamenteux quelconque, particulièrement du courant induit.

Contre les anesthésies, la métallothérapie a fourni aussi à l'auteur de bons résultats, mais il n'est pas convaincu que ce moyen intervient autrement qu'en agissant sur l'état psychique des patientes; l'effet des courants induits est d'ailleurs plus durable que celui de la métallothérapie. Quant à l'hyperesthésie proprement dite, aux malaises si variables que les hystériques éprouvent dans telle ou telle région de l'économie, tout traitement local est d'ordinaire non-seulement superflu, mais nuisible: il suffit de persuader à la malade que toutes ces douleurs disparaîtront avec l'amélioration de la situation générale. Quelquefois cependant des névralgies fixes et persistantes exigeront un traitement approprié.

Quoi qu'il en soit, si le médecin ne veut pas se contenter dans l'hystérie de " succès passagers, il devra s'attacher à éloigner toutes les influences qui, dans l'entourage de la malade ou dans le milieu où elle est placée, agissent sur son esprit d'une manière fâcheuse." Ainsi, souvent on voit l'hystérie se développer chez des personnes qui manquent d'une occupation sérieuse, capable d'absorber leur attention, et plus encore chez celles qui ont acquis la conviction plus ou moins fondée qu'une vocation manquée les laisse dans la société humaine comme membres inutiles. Ce sont les raisons qui expliquent pourquoi l'hystérie sévit surtout parmi les célibataires. Naturellement, le médecin ne sera pas toujours à même d'éloigner ces influences, si préjudiciables à la guérison définitive; à cet égard il devra se résigner à faire ce qu'il peut.

"Quant au traitement médicamenteux de l'hystérie, l'auteur le trouve entièrement superflu, " et il ne faut pas nous en étonner : c'est également l'opinion que Nothnagel et Rossbach défendent dans leur traité de thérapeutique. Quelquefois, il est vrai, il y a dans l'hystérie des indications particulières qu'il faut remplir; quelquefois aussi il convient d'administrer un médicament quelconque dans le but d'influencer le moral des malades; mais, quant au reste, conclut le professeur Liebermeister, tous les prétendus remèdes antihystériques ont beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages, parce qu'ils détournent le médecin qui y a confiance de la véritable indication qu'il doit remplir : " agir sur l'état psychique des patientes. "—*Courrier médical.*

Sur un signe de méningite (douleurs cérébrales des membres).— Le docteur Lambert Ott signale comme signe de la méningite tuberculeuse l'extrême sensibilité accusée par le patient lorsqu'on presse le fémur; il a constaté ce fait accidentellement dans un cas et a pu en contrôler l'exactitude dans un second cas, la pression sur d'autres points des extrémités ne déterminant aucune douleur.

La mention de ce signe clinique, extraite du *Philadelphia Medical Times*, et que nous avons recueillie dans le *Paris médical*, nous a remis en mémoire une leçon clinique de M. Lasègue, dans laquelle le professeur avait insisté sur l'utilité qu'on peut en tirer, et avait cité trois faits remarquables par la netteté de ce symptôme. Dans un premier cas, appelé auprès d'une jeune fille présentant quelques symptômes attribuables à la méningite, laquelle, d'ailleurs, se confirma plus tard, M. Lasègue constata par hasard, en explorant la surface cutanée, une sensibilité extrême de la région de la cuisse. Au moment, en effet, où il exerça une certaine pression dans cette région, la malade poussa un cri de douleur. Il y avait là une hyperesthésie considérable qui n'existait nulle part ailleurs.

Chez une autre malade, ce phénomène était moins marqué, mais la douleur existait encore dans le même point de la cuisse. Cette malade se plaignait, en outre, de douleurs spontanées dans les membres inférieurs.

Enfin, chez une femme de vingt ans, atteinte de fièvre, avec céphalalgie violente et délire, ce signe était des plus nets, car la malade, plongée dans un état demi-comateux, se redressa brusquement au moment où l'on exerçait cette compression sur la cuisse. M. Lasègue rappelait ces différents cas de sa pratique à propos d'une jeune fille entrée dans son service avec de la surdité, de la prostration, de la stupeur, sans troubles intestinaux ni thoraciques, et qui présentait ce phénomène à un haut degré. Au moment où l'on fit cette exploration, elle poussa un cri, témoignant de la douleur qu'on lui faisait éprouver, douleur bien différente de celle qui résulte du rhumatisme musculaire, car alors c'est au niveau des attaches et non dans le corps des muscles, comme ici, que le phénomène se produit. Aussi M. Lasègue concluait-il que ce symptôme, lorsqu'il se joint à différents autres accidents, tels que la surdité, la céphalalgie, etc., pouvait constituer un élément de jugement important.

Des faits de cet ordre ont été déjà signalés par M. le professeur Fournier, qui y insiste d'une façon toute particulière dans son livre sur la syphilis du cerveau. Parlant, en effet, de la forme congestive de la sy-

philis cérébrale, après avoir décrit certains troubles de la sensibilité générale, tels que des fourmillements ou des engourdissements localisés principalement dans les membres, M. Fournier note comme troubles d'un genre différent certaines douleurs vagues se produisant en un point limité du corps, dans un membre, dans l'extrémité d'un membre, douleurs quelquefois assez fixes, d'autres fois mobiles, névralgiformes, plus ou moins persistantes, en tous cas essentiellement sujettes à retours. Que sont de telles douleurs ? Quel en est le siège précis ? C'est là ce qu'on ne saurait dire. En raison de leur localisation essentiellement indécise, on les néglige souvent, et l'on se contente de les qualifier de douleurs rhumatismales, rhumatoïdes, névralgiques, ostéocopes, etc. M. Fournier dit les avoir observées trop souvent, pour sa part, et toujours dans les mêmes conditions, pour ne pas croire qu'elles soient en relation avec l'affection cérébrale. Toujours est-il que de telles douleurs se produisent fréquemment comme phénomènes prodromiques ou symptomatiques de lésions du cerveau. Peu remarquées jusqu'à ce jour, elles méritent d'être étudiées de plus près, car elles constituent un symptôme qui peut apporter un appoint utile au diagnostic.

M. Fournier cite, en outre, un fait qui peut être rapproché de ceux qui ont été signalés plus haut, fait relatif à un jeune homme affecté d'une encéphalo- méningite qui fut rapidement mortelle et s'accompagna de ces douleurs à un haut degré d'intensité. Ce malade, traité par M. Fournier, avec MM. Charcot et Edouard Labbé, accusait au niveau de la cuisse droite une douleur tellement violente qu'on dut à plusieurs reprises chercher si, indépendamment de son affection cérébrale, il ne présentait pas là quelque lésion particulière, telle que abcès profond, périostite, ostéite, etc... Un examen minutieux donna la conviction qu'il ne s'agissait de rien de semblable, et la douleur resta inexpliquée comme localisation et comme pathogénie.

En vue d'appeler l'attention sur ces douleurs de forme spéciale, M. Fournier a proposé de les qualifier du nom de douleurs cérébrales des membres, quitte à modifier le terme le jour où l'on sera mieux éclairé sur leur pathogénie véritable.—P. L. CHAMPIONNIERE, in *Journal de méd. et de chir. pratiques.*

Pathologie et traitement de quelques formes de céphalalgie, par T. Lauder BRUNTON, M.D.,F.R.S.—Le mal de tête résulte ordinairement de deux facteurs : irritation locale et état général. Les principales causes locales sont la carie dentaire et les anomalies oculaires, quoique, cependant, il ne faille pas oublier non plus certaines maladies de l'oreille et du nez, l'inflammation de la gorge, et l'irritation locale du péricrâne ou du crâne dans le cours du rhumatisme ou de la syphilis.

La carie dentaire peut occasionner de la céphalalgie temporale ou occipitale quand les molaires sont affectées et aussi de la céphalalgie frontale quand ce sont les incisives qui sont atteintes. Les principales causes oculaires du mal de tête sont la fatigue occasionnée par une lecture trop assidue, le travail fait à une lumière insuffisante, ou trop longtemps prolongé, la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et le fait d'une vision différente dans les deux yeux. En outre, je crois que des troubles de la circulation ou de la pression intra-oculaire sont souvent le résultat de la présence, dans le liquide sanguin, de la bile

ou autres substances toxiques, et que de plus, un état rhumatismal, soit de l'œil lui-même, soit des muscles qui le meuvent est une cause assez fréquente de céphalalgie. Quand les deux yeux sont également atteints, le mal de tête est ordinairement frontal, mais quand l'un des yeux est plus malade que l'autre, la céphalalgie affecte de préférence le côté correspondant et prend la forme de migraine.

Dans le traitement d'un cas de céphalalgie, la première chose à faire est donc de voir si les dents sont saines et si les yeux fonctionnent normalement, et de remédier à tout trouble qui pourrait exister. On devra aussi examiner la gorge, le nez et les oreilles et enlever toute cause d'irritation ; le cuir chevelu sera également soumis à un palper attentif, au cas où il serait le siège de quelqu'inflammation de nature rhumatismale ou syphilitique. Le siège précis du mal de tête sera déterminé surtout par la nature et le siège de l'irritation, mais cela peut varier suivant l'état général du patient.

La céphalalgie frontale avec constipation est ordinairement soulagée par l'emploi des purgatifs ; la céphalalgie frontale siégeant au-dessus des sourcils et ne s'accompagnant pas de constipatiou cède à l'emploi des acides, tandis que si elle siège plus haut, au niveau de la racine des cheveux, elle est justiciable des alcalins. Le mal de tête du vertex s'accompagne la plupart du temps d'anémie et se traite par le fer. La céphalée plus ou moins continuelle de la syphilis est généralement soulagée par l'iodure de potassium, mais ce médicament doit alors être donné à des doses beaucoup plus élevées que celles que l'on administre dans les cas ordinaires, c'est-à-dire, de cinq à trente grains à la dose. Le même agent, aux mêmes doses, suffit en général à guérir la céphalalgie rhumatismale.—*Buffalo Med. and Surg. Journal.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des injections intra-vésicales.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker (1).—La *seringue à anneaux*, dite *seringue à hydrocèle*, est évidemment le meilleur instrument pour injecter le liquide dans la vessie. Vous aurez soin toutefois de vous assurer que le piston glisse avec la plus grande facilité. Il faut qu'il n'oppose, pour ainsi dire, au doigt qui le pousse, aucune résistance. Vous n'oublierez pas non plus, si vous faites usage d'une sonde métallique dont l'embouchure soit assez large, de dévisser le petit embout conique dont l'extrémité de la canule est munie. Le liquide contenu dans la seringue s'échappera ainsi beaucoup plus librement, sans qu'il soit nécessaire d'exercer sur la tige de fortes pressions. C'est seulement à cette condition que vous pourrez apprécier la quantité de liquide qu'il convient de lancer à chaque coup de piston dans la vessie. Ce n'est pas, en effet, par des chiffres que vous pourrez évaluer le nombre de grammes auquel vous vous arrêterez. Ce nombre est très variable, non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore sur un même sujet, à des moments différents. C'est la résistance de la vessie qui sera votre seul guide. Il vous faut donc la reconnaître aisément et ne pas vous expo-

(1) Suite.—Voir la livraison précédente.

ser à la confondre avec celle que produirait un piston trop dur ou une canule trop étroite. Vous risqueriez ainsi d'aller trop loin. Il est nécessaire de s'arrêter devant la première manifestation de la résistance vésicale, et même il vaudrait mieux éviter de la mettre en jeu. Rien n'est plus facile, d'ailleurs, avec un peu d'attention, que d'apprécier la quantité de liquide qui peut être facilement acceptée par la vessie. Mais il faut vous poser en règle : *qu'il vaut mieux en pousser trop peu que trop.*

Très commode pour le chirurgien, la seringue l'est moins pour les malades auxquels on est souvent obligé de confier les lavages, après leur avoir fait subir l'apprentissage nécessaire. On peut alors les autoriser à se servir de *poires en caoutchouc* et surtout d'*irrigateurs.* Ce dernier instrument rend souvent les plus grands services. Il faut seulement recommander avec soin aux malades de ne pas ouvrir complètement le robinet et de ne pas laisser pénétrer trop brusquement une trop grande quantité de liquide.

La *composition de ce liquide de lavage* peut être fort variable. Nous y reviendrons surtout en parlant des injections modificatrices. Mais je puis dès maintenant vous dire que je me sers exclusivement depuis plusieurs années de solutions d'acide borique préparées sans alcool, à 40 gr. pour 1,000. Elles m'ont toujours parfaitement réussi. Cependant vous pourrez obtenir avec de l'eau simple d'excellents résultats. Seulement vous ferez bien de la faire bouillir auparavant, de manière à stériliser les germes qu'elle pourrait contenir. Quel que soit le liquide auquel vous aurez recours, il vous sera bon de le faire tiédir au moment de l'employer. Vous ne ferez de bons délayages qu'avec un liquide tiède et vous ne risquerez pas d'exciter les contractions douloureuses.

Enfin, *comment placerez-vous vos malades ?* Les ferez-vous coucher ou les laisserez-vous dans la position verticale ? Vous m'avez souvent entendu répéter qu'il ne faut jamais procéder à l'évacuation d'une vessie distendue pendant que le malade reste debout, sous peine d'aller au-devant d'une syncope ou d'une hématurie. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de pratiquer des lavages. Ils peuvent se faire dans la position verticale, mais il ne faut pas oublier que la vessie supporte alors tout le poids des viscères abdominaux et qu'elle a une tendance à se vider trop rapidement. Sous l'influence de cette évacuation trop brusque, l'engagement des graviers et des paquets glaireux se fait avec précipitation et souvent la sonde s'obstrue. Il se passe un phénomène comparable à l'encombrement qui a lieu à la sortie du théâtre lorsque les spectateurs se pressent tous en même temps dans un couloir trop étroit. Il est préférable, en définitive, de pratiquer les lavages dans la position horizontale. La démonstration de cette règle n'est plus à faire pour l'évacuation des fragments après la lithotritie. Elle s'applique également, sans toutefois être aussi absolue, aux simples lavages d'une vessie qui sécrète. C'est la position qui permet au chirurgien d'agir avec le plus de précision et de douceur, à la vessie de rester le plus tolérante. Il est utile seulement de ne pas soulever le siège et de relever le dos au contraire par des coussins.

Je dois ajouter cependant que les inconvénients de la position verticale deviennent parfois des avantages et peuvent être utilisés. C'est dans les cas où l'inertie vésicale ralentit à l'excès le retour du liquide.

Cette lenteur nuit à l'efficacité du lavage. Au lieu d'exercer sur l'abdomen des pressions qui sont parfois difficiles et infructueuses, si les sujets sont obèses, vous pourrez avec avantage leur faire prendre la position verticale.

Tous ces préliminaires relatifs aux instruments et à la position du malade étant réglés, il s'agit de savoir comment il faut conduire l'injection.

Le *manuel opératoire* en est des plus simples. Si vous voulez réaliser les conditions d'un bon lavage, il convient de pousser le liquide à petits coups, mais vivement et en retirant prestement la canule aussitôt après.

L'injection doit être faite à petits coups ; c'est le moyen le plus sûr d'assurer les résultats mécaniques du lavage ; on évite ainsi en même temps de distendre la vessie en n'y faisant pénétrer à la fois qu'une petite quantité de liquide.

Elle doit être poussée un peu vivement ; cela ne veut pas dire qu'il faut user de la moindre violence, mais qu'on ne doit pas craindre de produire un certain choc sur les parois vésicales. Ce choc, à la condition qu'il soit très modéré, n'a rien de redoutable. C'est un mode de contact, et nous savons que si la vessie est douée d'une exquise sensibilité vis-à-vis de la distention, elle peut impunément supporter les contacts. La vivacité de l'impulsion rend d'ailleurs les plus grands services, d'abord en produisant dans le liquide une agitation nécessaire et en soulevant les détritus dont on veut provoquer l'évacuation ; ensuite en excitant doucement les contractions de la vessie. Celles-ci entrent alors en collaboration avec le chirurgien et concourent à augmenter la puissance du jet de sortie, qui joue un si grand rôle.

Enfin, *il faut retirer prestement la canule* pour profiter de cette contraction de la vessie que vous venez de provoquer et aussi du tourbillonnement du liquide qui agite et soulève encore les graviers ou les paquets glaireux.

Poussée, sous prétexte de prudence, avec une lenteur excessive et pusillanime, l'injection manquerait complètement le but qu'on se propose. Peut-être serait-elle exempte de danger, et encore faudrait-il pour cela surveiller attentivement la quantité de liquide injecté, mais elle serait certainement peu utile.

Il est bon de *ne pas laisser*, entre chaque coup de piston, *la vessie se vider complètement.* La contraction née sous l'influence de la poussée précédente augmenterait à mesure que s'avancerait l'évacuation. Elle pourrait donner lieu à un léger suintement sanguin ou même à des phénomènes douloureux que vous devrez toujours, avec le plus grand soin, vous appliquer à éviter. D'ailleurs, en ne mettant pas la vessie à sec, la nouvelle dose de liquide que vous pousserez rencontrera le liquide non retiré, s'y mélangera et l'agitera sans toucher directement la paroi vésicale. Cette petite précaution vous permettra de fournir au liquide l'impulsion nécessaire sans craindre de mettre en jeu par un choc direct la sensibilité de la vessie. C'est en effet une précaution ajoutée à celles que nous vous avons déjà recommandées.

Enfin, avant de retirer la sonde, vous prendrez soin de *purger la vessie des bulles d'air* qui pourraient s'y introduire pendant les manœuvres. Vous devrez aussi conserver, dans la seringue, une petite quantité de solution et laisser la canule appliquée sur la sonde pendant que

vous retirerez cette dernière. Vous pourrez ainsi *pousser doucement un peu de liquide dans le canal pendant que la sonde le traverse.* Cette petite précaution est utile, même quand il s'agit de simples lavages dans une vessie atteinte de catarrhe. Elle serait indispensable après la lithotritie, si vous ne faisiez usage du mandrin. Dans le cas où un fragment se serait fixé dans l'œil de l'instrument, le liquide, en écartant les parois du canal, le protégerait contre un frottement rugueux ou contre des déchirures.

La *durée des lavages* est nécessairement variable suivant l'état de la vessie. Vous pourrez les prolonger de manière à faire passer au besoin deux ou trois litres de liquide dans l'espace de quelques minutes, si, après une lithotritie, l'évacuation est laborieuse. Mais s'il s'agit simplement du lavage d'une vessie qui suppure, il vous suffira, en général, d'injecter deux ou trois seringues pour voir le liquide ressortir parfaitement limpide. La règle, lorsque l'on fait des injections de lavage, est de les continuer jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte tel qu'il a été injecté.

Il est souvent possible de *répéter les injections tous les jours ;* mais il n'est pas bon, à moins d'indications particulières, de les répéter plusieurs fois par jour. La vessie et l'appareil urinaire tout entier ne sont jamais indifférents à l'action des lavages. Aussi faut-il savoir, pour cet agent thérapeutique aussi bien que pour nos médicaments les plus actifs, ne pas dépasser la dose physiologique.

Les manœuvres précédentes, excellentes pour entraîner le pus, les paquets glaireux, des petits graviers, des détritus phosphatiques, sont le plus souvent insuffisantes lorsqu'il s'agit de *caillots sanguins.* Alors il faut recourir à une véritable aspiration à l'aide d'une seringue à anneaux dont on adapte la canule à la sonde. On fait le vide et on exerce une véritable succion. C'est à peu près le seul moyen de désagréger des caillots un peu cohérents. Avant ce travail préliminaire, les lavages sont inutiles et, plus tard même, il est bon de n'y recourir qu'avec réserve. On doit craindre, en effet, que le moindre mouvement ne provoque un retour de l'hémorrhagie.—*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

(*A suivre*).

Traitement de l'ongle incarné.—Quand l'ongle tend à pénétrer dans la chair, ou a déjà entamé la peau, la première chose à faire est de se chausser d'une pantouffle assez large et de rester en repos. Puis on gratte l'ongle du côté malade, jusqu'à ce qu'il soit suffisamment aminci ; alors on le saisit avec une petite pince, et on le soulève en sens de son incurvation naturelle. Cela fait, on introduit au-dessous une petite lame de plomb de quelques millimètres d'épaisseur, que l'on retourne sur l'orteil et que l'on fixe avec une bandelette de diachylon. De cette façon, la plaie n'étant plus en contact avec le bord de l'ongle, la douleur cesse et l'ulcération guérit plus ou moins rapidement. Pendant toute la durée du traitement l'appareil devra être inspecté souvent, afin de s'assurer que la lamelle de plomb ne tend pas à se déplacer. De plus il est nécessaire de gratter l'ongle tous les deux ou trois jours, afin de le conserver mince et flexible, jusqu'à ce que la peau revienne à son état normal et puisse résister à la pression. Alors on enlève la lame de plomb.

Hébra traite l'ongle incarné de la manière suivante : il coupe quelques brins de charpie de la longueur de la rainure latérale de l'ongle. Il l'introduit ensuite brin par brin, au moyen d'une petite spatule, entre l'ongle et la chair, et il maintient ce petit pansement au moyen d'un taffetas adhésif ; on le change toutes les vingt-quatre heures. Au bout de deux ou quatre semaines, l'ulcération est guérie. S'il arrive que l'ongle soit normalement implanté et que ce sont les chairs qui croissent outre mesure, il est nécessaire d'enlever les tissus ulcérés. Cette petite opération qui peut être faite sans anesthésie, mérite d'être décrite. Un bistouri à deux tranchants, tenu comme une plume à écrire, est passé au travers des tissus malades, en ayant soin de raser le bord latéral de l'ongle. On sectionne les chairs de manière à mettre à jour la partie qui est incarnée. On lave la blessure à l'eau phéniquée, on la recouvre d'un petit plumasseau de charpie, et on bande avec une étoffe adhésive, de manière à exercer une certaine compression.—*Praticien.*

Pleurésie purulente ; pleurotomie antiseptique précoce.—Dans son travail, aujourd'hui classique, sur la pleurésie purulente et son traitement, M. Moutard-Martin s'exprime ainsi : Il est bien entendu qu'on ne pratique pas l'opération de l'empyème sans qu'elle soit motivée par des accidents graves. Il faut que les moyens plus doux, thoracocentèse, canule à demeure, siphon, drainage, aient échoué, que l'état des malades aille s'aggravant, et les menaces d'une mort assez prochaine, pour se décider à pratiquer la large ouverture de la poitrine. L'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu avait à se défendre, au moment où il publiait son travail (1872), contre des adversaires acharnés, condamnant vivement l'incision pleurale, et il avoue n'avoir jamais pratiqué l'opération qu'à la dernière période de la maladie, lorsque la mort paraissait imminente. Aujourd'hui que les adversaires de l'opération ont dû plier devant l'évidence de ses avantages, M. Moutard-Martin, auquel nous devons une méthode thérapeutique si précieuse, dont il a su tracer d'emblée les règles, a singulièrement élargi le champ de ses indications, et, entrant après lui dans la voie qu'il a si magistralement tracée, quelques médecins, accentuant encore ses doctrines, insistent sur l'utilité d'une intervention rapide dans le traitement de la pleurésie purulente. Défendre l'opération de l'empyème serait évidemment une besogne facile ; on ne trouverait pas de contradicteurs. Insister sur l'utilité d'une intervention chirurgicale précoce dans la pleurésie purulente, sur la sécurité que donne l'emploi des méthodes antiseptiques, n'est peut-être pas inutile. En effet, malgré les travaux de M. Moutard-Martin, il semble cependant que pour un grand nombre de médecins l'incision de la plèvre ne soit encore qu'une extrémité à laquelle on ne se soumet qu'après avoir épuisé la série des autres moyens thérapeutiques : pour quelques-uns, c'est encore un épouvantail. Les progrès de la chirurgie antiseptique permettent une audace plus grande. Des observations nombreuses prouvent que l'empyème donne des résultats d'autant meilleurs qu'il est pratiqué plus tôt, et pour ceux qui comme moi ont eu l'occasion de mettre en pratique cette manière d'agir il semble probable que, dans un avenir peu éloigné, des observations répétées permettront d'établir cette règle : *Une pleurésie purulente étant donnée, faire l'empyème le plus tôt possible*, après qu'une première ponction aura été suivie de la reproduction du liquide.

En effet, dans la majorité des cas, le liquide purulent se reproduit rapidement après la ponction, et les symptômes généraux s'aggravent. De plus, l'anatomie pathologique a montré que, dans un grand nombre de cas, la plèvre contient des masses plus ou moins volumineuses d'exsudats fibrineux putrides flottant dans le liquide, qu'il est impossible d'évacuer par la canule du trocart. Après un temps plus ou moins long, l'incision de la plèvre s'impose; mais alors le malade est affaibli par la fièvre et la diarrhée qui l'accompagne souvent dans ces cas; ses forces de résistance ont donc singulièrement diminué : de plus, des scléroses secondaires à la pleurésie ont envahi le poumon, diminué, sinon détruit, la possibilité de son retour à son volume primitif après la disparition du liquide, nouvelle difficulté pour la guérison définitive, surtout chez les adultes dont la faculté de retrait de la paroi thoracique est beaucoup moindre que chez l'enfant.

Les progrès dûs à la méthode antiseptique de Lister, en atténuant notablement les dangers qui résultent de l'opération elle-même, permettent désormais de ne plus avoir les craintes qui ont trop souvent arrêté la main du chirurgien; se basant sur les insuccès presque constants, sauf chez les enfants, des ponctions successives, des canules à demeure, etc., on en est arrivé à préconiser l'intervention chirurgicale précoce.

Il me faut maintenant indiquer les règles dont la stricte exécution, en donnant une grande sécurité, autorise seule une pratique. On peut les résumer en quelques mots.

La pleurésie purulente n'étant qu'un abcès de la plèvre, il faut se préoccuper de l'ouvrir au point le plus déclive, et, l'incision faite, s'assurer de la complète et constante évacuation du pus. Le précepte d'ouvrir au point le plus déclive de la cavité pleurale ne modifie pas la règle antérieurement tracée. M. Wagner a démontré, en effet, que c'est au niveau du cinquième ou du sixième espace intercostal, en avant du bord du grand dorsal, qu'est le point le plus déclive de la cavité pleurale, quand le corps est placé sur un plan incliné des pieds vers la tête. C'est pour cela qu'il insiste sur l'utilité de disposer le lit du malade de cette façon, au moins pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Une question importante à traiter maintenant est celle du lavage pleural. Faut-il le pratiquer? On sait que l'utilité des lavages fréquents avec des solutions antiseptiques à la suite de l'opération de l'empyème est une règle absolue posée par M. Moutard-Martin. Son application comporte cependant de nombreuses exceptions. Si le liquide a une odeur fétide, s'il contient des masses compactes et putrides d'exsudats fibrineux, pas d'hésitation possible; la nécessité de lavages fréquents avec des solutions fortement antiseptiques s'impose. Il semble utile de les cesser cependant quand la fétidité a disparu, quand l'évacuation des paquets de fausses membranes paraît complète et que la fièvre a cessé. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand le liquide est homogène sans fétidité, un seul lavage après l'opération avec une solution d'acide borique à 4 pour 100 ou de chloral au centième suffit absolument. On pourrait même s'en dispenser, et en tout cas on ne le renouvellera pas, car dans ces conditions, il semble que les lavages sont plutôt un obstacle à la guérison en irritant la plèvre et en rompant des adhérences récemment formées. Cependant le liquide, d'abord

sans odeur, peut devenir fétide ; dans ces cas, l'indication des lavages se présente. Je rappellerai que dans l'observation citée plus haut, le liquide devint légèrement fétide le vingtième jour ; un lavage avec une solution phéniquée au centième fit rapidement disparaître cette fétidité, et on ne le renouvela pas. Un seul lavage avait été pratiqué immédiatement après l'ouverture de la plèvre.

On voit donc qu'il y a là une modification importante dans le traitement consécutif à l'opération, et l'on peut résumer en quelques mots les considérations précédentes : liquide fétide, non homogène, lavage jusqu'à la disparition de la fétidité ; liquide homogène, non fétide, pas de lavage.

Au lieu d'être une pratique rigoureusement suivie jusqu'à complète guérison, le lavage n'est donc plus qu'un moyen de combattre la fétidité des liquides et d'assurer l'évacuation des masses de fausses membranes. Hors de ces deux indications, il semble plus nuisible qu'utile ; et la possibilité de s'en passer a une grande importance quand on se rappelle les faits publiés par MM. Maurice-Raynaud, Leudet, Dumontpallier, de convulsions épileptiformes dans certains cas, suivies de mort à la suite de lavages intra-pleuraux. J'ai observé un cas analogue chez un enfant enlevé en quelques minutes par des convulsions épileptiformes pendant qu'on pratiquait avec grandes précautions une injection intra-pleurale à la suite d'une ponction de pleurésie purulente ; et, bien que fort rares, ces faits sont assez graves pour que la possibilité d'écarter ce danger ait une grande importance. Enfin, il faut se souvenir que c'est dans les cas de lavages des plèvres avec les solutions d'acide phénique que l'on a observé le plus grand nombre d'intoxications par cette substance. Il faut donc, si on l'emploie, procéder avec grande prudence ; encore est-il préférable d'utiliser des antiseptiques moins dangereux.

Le traitement de l'empyème peut donc être résumé en quelques préceptes :

Ouvrir de bonne heure.

Vider à fond.

Employer très rigoureusement la méthode antiseptique.

Il résulte de ce qui précède que la persistance d'une fistule pleurale après l'ouverture large de la poitrine sera de plus en plus rare si l'on obéit correctement aux indications d'ouverture rapide et de soins antiseptiques immédiats. L'intervention rapide, un pansement antiseptique bien fait, la suppression des lavages quotidiens de la plèvre forment les éléments principaux de ce traitement. Malheureusement il restera toujours des malades qui auront été soignés différemment, et même parmi ceux qui auront été bien soignés il y en aura quelques-uns qui deviendront de bons sujets pour la méthode d'Estlander.

Cette méthode est fondée sur l'observation suivante. Après l'ouverture de la poitrine, la paroi thoracique se rétracte pour s'appliquer sur le poumon ratatiné. Les éléments rigides de cette paroi fléchissent, les côtes s'imbriquent. Puis, ce rapprochement fait, la nature ne saurait aller au-delà dans son effort de réparation ; une cavité persiste derrière les côtes, cavité qui suppure abondamment, le malade s'affaiblit, et, s'il s'agit d'une grande cavité, devient après une longue suppuration tuberculeux ou albuminurique. Si on enlevait le corps d'une ou plusieurs côtes, la paroi pourrait fléchir, les faces opposées de la cavité

s'appliquer l'une sur l'autre, et la guérison surviendrait après réduction rapide de cette cavité.

Il n'est pas besoin pour cela d'enlever toute la paroi thoracique avec la plèvre, comme cela a été fait aussi au moyen d'une opération beaucoup plus grave; on la désosse, c'est-à-dire qu'on résèque plusieurs côtes dans une étendue variable sans emporter la paroi, en laissant même le périoste en place. Cette résection permet un retrait immédiat de la paroi thoracique par chevauchement et rapprochement des fragments. Secondairement ce retrait de la poitrine augmente encore jusqu'à fusion des parois si la résection a été suffisamment étendue.

On conçoit que cette opération très bien conçue ne saurait être confondue avec les cas de résection costale faite pour agrandir l'orifice de sortie du pus.

En France elle a été faite avec succès par MM. Weiss, Bouilly, Berger, Monod, Périer et Championnière.

Dans le cas de M. Championnière, il s'agissait d'un garçon de 21 ans, le nommé Louis B..., entré le 3 décembre 1883, dans le service de l'hôpital Tenon. Atteint de pleurésie purulente droite ouverte il y a 21 mois, il avait une suppuration abondante et sa situation s'était aggravée de la présence d'un tube de caoutchouc de 19 centimètres perdu dans la poitrine depuis trois semaines. M. Rendu l'avait adressé pour ce fait à son collègue M. Championnière. Celui-ci pensa que l'ancienneté de la suppuration et l'état tout à fait misérable du patient autorisaient à tenter une opération radicale, et, le 13 décembre, pratiqua la résection des cinq côtes placées au-dessus de la fistule située à la partie antéro-latérale droite de la poitrine.

Cinq côtes furent réséquées : de la neuvième un peu plus de 10 centimètres, la huitième, 8, la septième 8, la dixième, 7, et la cinquième 6 centimètres.

Le grand lambeau fut rabattu et suturé ; le drain perdu dans la poitrine fut extrait avec une pince, et un gros tube fut placé dans la fistule agrandie.

La plus grande difficulté opératoire réside dans l'imbrication des côtes et la section de la première est un peu laborieuse; mais l'extirpation de la côte découverte avec la rugine est facile et se fait sans traverser la paroi thoracique épaissie du reste.

Les suites de l'opération ont été très simples : un peu de dépression ; la température s'est élevée le troisième jour à cause de la formation d'un abcès à la base du lambeau. M. Championnière signalait à la Société de chirurgie les modifications opératoires qui doivent faire éviter aisément cet accident.

Qnant aux résultats, ils ont été ceux-ci : dès les premiers jours la suppuration de la plèvre avait considérablement diminué, l'opéré recommençait à manger, perdait le teint blanc caractéristique des longues suppurations.

Juste un mois après l'opération, la cavité pleurale, lavée seulement tous les deux ou trois jours avec la solution concentrée d'acide borique, avait diminué de la façon suivante. Au jour de l'opération elle contenait 450 à 500 grammes de liquide; un mois après, 80 grammes seulement.

Tout le côté droit de la poitrine s'était affaissé, aplati. Le malade qui toussait avant l'opération et dont un sommet était fort suspect, avait cessé de tousser. Il marchait rapidement vers la guérison.

Nous avons raconté son histoire en peu de mots parce qu'elle est typique et répond bien à ce qu'on observe chez les autres malades. Tous ceux qui ont été opérés même dans un état trop misérable pour guérir ont été améliorés.

Cette grave opération a des suites d'une bénignité extraordinaire. M. Championnière pense qu'on assurerait aisément la réunion sans suppuration en formant un foyer d'opération bien distinct de la fistule infectée par l'air déjà. Il y aurait aussi avantage selon lui à bien drainer les cavités laissées par l'extirpation des côtes.

Enfin, il conseille d'agir le plus largement possible d'emblée, et, quelque grande que fût la longueur des côtes qu'il a enlevées, il pense qu'il eût mieux valu en enlever deux ou trois centimètres de plus. La paroi thoracique retrouve sa dureté avec une rapidité extrême.

Bien que l'opération ait été faite depuis peu et que les malades cités fussent encore en voie de traitement, l'amélioration brusque de malades placés dans une situation des plus graves donne le meilleur espoir dans les résultats de cette opération. Elle paraît supportée beaucoup mieux qu'on ne pourrait le croire par les malades. Toutefois, à la fin de la discussion à la Société de chirurgie, M. Berger citait un cas de mort rapide chez un sujet épuisé chez lequel il venait de faire une opération très large. Mais il s'agit là d'un cas bien tardif, et à l'avenir, si l'on doit attendre un temps raisonnable pour intervenir, on devra néanmoins ne pas tarder à l'excès, car si bénigne que soit cette intervention, elle doit compter parmiles grandes opérations.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Métrorrhagie.—Tamponnement.—Clinique de M. le professeur Pajot à l'hôpital de la Clinique.—Dans la soirée du 3 janvier on apporta à la Clinique une femme qui était *absolument mourante.* Elle mourut du reste quelques instants après son arrivée. M. Doléris, mandé en toute hâte, bien que sachant à peu près à quoi s'en tenir sur le résultat probable de sa tentative, crut devoir pratiquer l'opération césarienne, ne voulant pas avoir le moindre reproche à se faire au sujet de l'enfant. C'est d'ailleurs une conduite sage, que je ne puis que vous engager à imiter, s'il vous reste le moindre doute sur la vie du fœtus. Mais revenons à la femme. C'est en elle que gît tout l'intérêt, et sa mort doit être pour vous un grand enseignement. *Cette femme est morte d'hémorrhagie;* or, il y a longtemps que j'ai émis cette opinion : "*Une femme en état de gestation ou dans l'état de vacuité ne doit jamais mourir d'une hémorrhagie quand elle est dans les mains d'un homme instruit et qui est appelé à temps.*"

Voici comment je justifie ma proposition. Qu'il s'agisse d'une femme enceinte ou d'une femme non gravide, les conditions, bien que non identiques, ne laissent pas que de présenter de grandes analogies au point de vue qui nous occupe. Chez toutes les deux, en effet, comment arriverez-vous à arrêter l'hémorrhagie? En aidant à la formation d'un caillot. Et comment favoriserez-vous cette formation? En créant un obstacle au cours du sang. Or, empêchez l'écoulement du sang et *jamais un utérus en état de vacuité, ou contenant un ou plusieurs fœtus*

n'offrira au sang un réceptacle assez vaste pour qu'il puisse en contenir une quantite suffisante pour compromettre sérieusement la vie de la femme.

Il en est tout autrement pour les nouvelles accouchées. Chez elles, la matrice est susceptible d'une distension si considérable, que vous n'arriverez à supprimer une hémorrhagie externe qu'en lui substituant une hémorrhagie interne qui emportera votre cliente. Vous comprenez facilement, messieurs, que le tamponnement, cet excellent et sûr moyen d'arrêter les pertes de sang chez les femmes dans l'état de *vacuité* ou de *grossesse*, devient un remède *irrationel* et *dangereux* après l'expulsion d'un fœtus *à terme*. Sans doute, bien appliqué, le tampon empêcherait l'hémorrhagie *au dehors*, mais n'oubliez pas qu'un utérus à terme *vide* peut contenir un demi seau de sang, c'est-à-dire plus qu'il n'en faut pour tuer la malade, sans qu'une seule goutte s'échappe de la vulve !

Il s'est pourtant trouvé de très rares médecins pour conseiller une pareille ineptie. Ces gens-là n'ont évidemment besoin que de se presser le crâne pour siffler !

Dans le cas actuel, que fallait-il faire, puisque cette femme rentrait dans la catégorie de celles qui, selon moi, ne doivent par mourir d'hémorrhagie quand un médecin capable a été appelé à temps ? Il fallait, messieurs, employer dès le début le *tamponnement*, appliquer le *tampon classique* qui, à mon avis, est le meilleur.

Voici en quoi il consiste :

" Une demi-douzaine de bourdonnets de charpie, roulés en boule, du volume d'une noix et munis d'un fil terminé par un nœud. Une douzaine de bourdonnets du même volume avec un fil sans nœud. Un grand nombre de bourdonnets sans fil. Une quantité considérable de charpie, presque ce qui serait nécessaire pour remplir la cavité d'un bassin osseux ordinaire. On peut, en outre, ajouter à cela quelques morceaux d'amadou." Or, c'est là un outillage qu'en toutes circonstances, le médecin doit avoir chez lui. Lorsqu'on est, en effet, appelé en cas d'hémorrhagie sérieuse, il suffit quelquefois d'une simple demi-heure pour décider de la vie de la femme.

Voici comment vous procéderez au tamponnement. Appliquez un spéculum plein et lavez rapidement le vagin avec de l'eau froide. Prenez ensuite un bourdonnet à nœud, trempez-le dans la solution de perchlorure de fer, exprimez-le fortement, et essayez de l'introduire dans le col. Si cela vous est impossible, glissez-le dans le cul-de-sac antérieur. Comblez ensuite toute la gouttière des culs-de-sac par une couronne de bourdonnets à nœud. Cela fait, et aussi soigneusement que vous aurez pu, car c'est un des points les plus importants de la manœuvre, introduisez des bourdonnets à fil sans nœud, puis des bourdonnets sans fil trempé dans un corps gras (cérat, huile, etc.). tout en retirant votre spéculum que vous employez à les bien tasser les uns contre les autres. Intercalez, si vous le pouvez, quelques morceaux d'amadou, qui *fortifient* le tampon. Le spéculum ôté, comblez tous les vides, toutes les dépressions. Dilatez au maximum le vagin avec de la charpie. Il faut que les parois du canal génital soient distendues au point de venir se mouler sur les parois osseuses. " Placez ensuite une compresse longuette, appliquez un bandage en T, et le tamponnement est terminé." A vrai dire, il n'est pas toujours aisé de

le bien faire, et il est arrivé à des gens expérimentés de se trouver dans la nécessité de s'y reprendre à deux fois ; mais, si vous le pratiquez de la sorte, je vous affirme que l'*hémorrhagie sera arrêtée.*

Le tamponnement pratiqué, que faudra-t-il faire ? Devra-t-on laisser le tampon en permanence ? S'il a été appliqué de bonne heure, bien avant le début du travail, s'il est difficilement supporté, on peut le retirer de temps en temps et même suspendre son application jusqu'à l'hémorrhagie nouvelle. Mais le tamponnement, dans certains cas, sollicite le travail, devient même la cause provocante de l'accouchement en favorisant la formation dans la matrice d'un certain nombre de caillots qui jouent, vis-à-vis de l'utérus, le rôle de véritables excitateurs. En pareille circonstance, quand le travail marche, *je laisse la femme accoucher du tampon et du fœtus.* C'est une conduite que je vous engage vivement à suivre, car je déclare m'en être toujours merveilleusement trouvé.

A propos de l'observation que je viens de relater, je tiens à ajouter quelque chose. Je déclare qu'à partir d'aujourd'hui, dans les cas où l'hémorrhagie aura été excessive, dans ceux même où la malade me semblera sur le point " de *succomber* " dans mes mains, je ne me considérerai pas comme absolument désarmé. Je n'hésiterai pas à pratiquer la transfusion. En pareille circonstance, en effet, vous avez pleinement le droit de demander s'il n'y a pas, parmi les membres de la famille, une personne assez dévouée pour donner deux ou trois cents grammes de sang, quantité qui peut sauver la vie de la mourante. Rappelez-vous aussi, messieurs, qu'il faut le plus possible éviter de remuer les femmes qui ont eu des hémorrhagies très graves, si vous ne voulez pas les voir mourir de syncope.—*Revue médicale.*

Antisepsie et accouchements.—Quel est le meilleur antiseptique à employer en obstétrique ?—Cette question, dit le docteur EUSTACHE (de Lille), a été fréquemment étudiée de près. On s'est proposé non seulement de trouver l'agent antiseptique le plus efficace, mais encore le plus agréable, ou plutôt le moins désagréable et le meilleur marché.

Les propriétés antizymotiques et désinfectantes du sublimé corrosif sont connues depuis bien longtemps, et cet agent a été employé un grand nombre de fois et un peu partout, en France comme ailleurs. Les Allemands n'y avaient eu que peu ou point recours. Il a fallu les recherches de Koch, leur Pasteur du moment, et les publications de nombreux travaux de chirurgie, où les propriétés antiseptiques du sublimé, même à des solutions très étendues, étaient chaudement reconnues, pour appeler leur attention sur ce point, et les décider à essayer ce nouvel antiseptique obstétrical. Il est vrai que, s'ils sont venus en retard, aujourd'hui ils précèdent les autres pays dans ce sens, puisque, à les en croire, le sublimé corrosif serait l'agent par excellence.

Tous les grands services d'accouchement ont expérimenté à la fois ; de là de nombreux mémoires publiés. Topalski nous rapporte ce qui a été fait à Breslau. Broese ce qui a été fait à Berlin. Wiedou à Fribourg, Kehrer à Heidelberg. Hégar, au Congrès des naturalistes et des médecins tenus à Fribourg en septembre 1883, a recommandé également la solution du sublimé corrosif au dix-millième, pour les opérations de laparatomie. Aujourd'hui la question semble jugée en Allemagne, et le sublimé corrosif y est réputé comme le meilleur

et le meilleur marché des agents antiseptiques à employer en obstétrique. Les résultats qu'il a donnés ne le cèdent en rien, et sont peut-être supérieurs à ceux des autres agents plus communément employés.

Toutefois, si la question de principe paraît résolue, il n'en est pas de même d'une autre question non moins importante, celle du titre de la solution à employer. Les uns recommandent une solution au millième (1 p. 1,000), c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten de notre Codex français : la majorité pourtant incline à des doses moindres, et la formule généralement adoptée est de 0 gr. 2 pour 1,000 grammes, c'est-à-dire un gramme de sublimé corrosif pour 5 litres de solution ; Hégar, disais-je plus haut, n'emploie qu'une solution au dix-millième (1 gr. sublimé pour 10 litres).

Espérons que les essais faits de tous côtés, tant en Allemagne que dans les autres pays, fixeront le praticien sur cette question capitale de la dose à employer, car nous ne saurions oublier que le sublimé est un poison très énergique, et que, pour éviter la septicémie, nous ne devons pas nous exposer à tomber dans l'empoisonnement.—*Praticien.*

De la dilatation præfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par M. le Dr Léon Dumas.—Un grand nombre de moyens ont été indiqués et mis en pratique pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion. M. Dumas, après les avoir passés en revue et montré que quelques-uns ne sont pas sans danger, et que presque tous ont l'inconvénient d'occuper les deux mains de l'accoucheur, décrit un procédé nouveau dont il n'a trouvé l'indication nulle part. Il se base sur cette remarque que, chez les primipares, lorsque la période d'expulsion dure depuis un certain temps, il se forme, au niveau de l'orifice vaginal qui résiste, une bosse séro-sanguine qui le dilate graduellement à la manière d'une poche des eaux ; si bien que la tête, précédée d'une sorte de coin moins volumineux qu'elle, distend progressivement le périnée et la vulve, et les franchit quelquefois, sans déchirure. Or, "la *dilatation præfœtale de la vulve* a précisément pour but d'exercer cette action dilatatrice en avant de la tête, en soumettant l'orifice vaginal à une distension opérée avec un corps moins volumineux que cette partie fœtale." Au moment où l'occiput atteint l'extrémité inférieure du vagin, l'auteur conseille d'introduire dans le vagin les trois premiers doigts de la main droite préalablement graissés, et de distendre légèrement avec eux les bords de la vulve. Une fois arrivés sur la tête, ces doigts sont écartés et glissés doucement entre elle et l'orifice vaginal, ce qui n'est point douloureux pour la femme si l'on a soin d'opérer entre deux contractions. C'est là un véritable *trépied digital* qui agit à la manière d'un coin dont la base est appliquée sur la tête ; le sommet du coin maintient l'orifice et le distend un peu au-devant d'elle. A chaque contraction nouvelle, l'orifice se dilate davantage ; en même temps, les doigts résistent à la pression de la tête et l'empêchent de sortir trop vite. La contraction terminée, on réintroduit plus profondément les doigts et on élargit ainsi la base du cône. Cette manœuvre met le périnée à l'abri de toute pression fâcheuse de la part de la région frontale ; on la continue jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une dilatation suffisante de l'orifice vaginal et à l'ampliation complète du périnée. Au moment où le front se dégage, les doigts laissés en place l'accompagnent en résistant douce-

ment pour que le passage du diamètre sous-occipito-frontal s'opère aussi lentement que possible.

Le procédé de M. Dumas, employé par lui avec succès, paraît rationnel et mérite d'être expérimenté. Il favorise en effet la dilatation de l'orifice vaginal, si souvent résistant chez les primipares, ainsi que l'a montré M. Budin, et il détermine l'ampliation progressive de la vulve et du périnée, tout en s'opposant à la sortie trop brusque de la tête. Non seulement on prévient ainsi les déchirures du périnée, mais la période d'expulsion se trouve considérablement raccourcie, et l'auteur pense que l'emploi de sa manœuvre suprimera bien des applications de forceps faites pour une prétendue résistance du périnée.—*Progrès médical.*

De la mastite puerpérale, par Theophilus PARVIN, M. D., professeur au *Jefferson Medical College.*—Bien que rarement accompagnée de danger, la mastite puerpérale occasionne ordinairement tant de souffrances qu'elle oblige souvent la femme à ne plus se servir du sein malade et parfois même rend nécessaire le sevrage de l'enfant; en outre, la garde-malade et le médecin sont plus d'une fois tenus responsables de son apparition. C'est pourquoi j'ai cru utile en même temps qu'intéressant d'étudier brièvement ici l'étiologie et le traitement prophylactique de cette affection.

Dans des cas rares, la mastite parenchymateuse constitue une des manifestations de la pyémie, mais, la plupart du temps, les causes sont l'abrasion, l'ulcération ou la fissure du mamelon (crevasse). Ces diverses lésions sont autant de portes ouvertes aux germes morbifiques, et les lymphatiques sont là, en grand nombre, prêts à transporter ces germes aux parties superficielles comme aux parties profondes; car ce sont les lymphatiques qui jouent ici ce rôle de conducteurs et non les canaux galactophores.

Le froid passe aussi, en certains cas, pour être la cause de la mammite, de même que la rétention du lait (Schroëder). Mais il est des auteurs qui rejettent absolument cette manière de voir. A coup sûr il y a des faits qui militent contre l'influence que peut exercer la rétention du lait sur la production de la mastite. Chez les mammifères dont les petits sont sacrifiés immédiatement après leur naissance, on ne voit pas survenir d'inflammation des mamelles. De même un galactocèle n'est pas suivi d'abcès. Enfin il est très rare qu'on observe de la mammite chez les femmes au moment du sevrage, ou dans le cas où la femme ne nourrit pas, par exemple, quand l'enfant est mort-né. Cependant il ne faut pas rejeter tout à fait l'opinion de Schroëder, d'autant plus que Küstner a récemment rapporté quatre cas chez lesquels des abcès mammaires avaient eu pour point de départ unique la rétention du lait; mais ce sont là des exceptions très rares.

Examinons maintenant la prophylaxie de la maladie qui nous occupe. Eu égard au fait que celle-ci n'est que l'extension (par les lymphatiques) de l'inflammation du mamelon au tissu propre de la glande ou au tissu aréolaire qui unit ensemble les acini, on devra donc prévenir les lésions du mamelon. Mais ces dernières sont très souvent dues à un manque de soin durant la grossesse. La mamelle ressemble beaucoup à un hémisphère au sommet duquel le mamelon s'élève comme une petite *tour* basse et ronde au sommet d'une monta-

gne en pain de sucre. Malheureusement, par suite d'un *vice de toilette* ayant amené une compression trop forte sur la partie antérieure des seins, ou encore par suite d'un arrêt de développement, la *tour* n'a pas été bâtie, une surface plane occupant l'endroit où elle devrait se trouver, ou bien, ce qui est encore pis, on constate l'existence d'une cavité en entonnoir au lieu d'une projection, une coupe prenant la place d'un cylindre. Même alors on doit tenter un effort pour attirer le mamelon au dehors et lui donner une forme et une dimension convenables, et cela au moyen d'un appareil quelconque faisant le vide. Le plus simple de ces appareils consiste en un flacon que l'on remplit d'abord d'eau chaude et que l'on vide ensuite pour en appliquer aussitôt le goulot sur le bout de sein. La condensation de l'air chaud dans le flacon fera un vide qui aura pour effet de faire proéminer le mamelon. Quelque soit le moyen employé, aussitôt que le mamelon fait un peu saillie, la femme doit exercer sur lui de légères tractions (10 ou 15 minutes durant, deux fois par jour,) afin de lui donner une longueur convenable. Non-seulement toute compression sur les seins doit être évitée, mais on devra, s'il le faut, protéger ceux-ci au moyen d'un bout de sein artificiel fixé par des bandelettes de diachylon. De cette façon on évite la compression, en même temps que le mamelon peut se développer librement.

La première chose à faire ensuite est de donner du ton à la peau si délicate du mamelon, de manière à l'empêcher de se fissurer quand l'enfant devra prendre le sein. On a assez généralement l'habitude d'employer, dans ce but, des lotions de rhum et d'alun, ou de whiskey et de tannin. Pour moi, je considère ces moyens comme peu efficaces et peu rationnels. La peau du mamelon doit être ramollie et souple, et gardée de toute lésion par contact des liquides. Partout où les surfaces doivent être mises à l'abri des liquides, la nature a multiplié les follicules sébacés, et c'est bien le cas pour le mamelon. Or par le fait de lotions fréquentes, alcooliques et astringentes, non seulement la sécrétion de ces glandes est dissoute et enlevée, mais de plus les orifices glandulaires sont obstrués ; la peau devient plus dure et plus ferme, mais aussi elle résiste moins à l'application constante de l'humidité. De semblables lotions faites sur le cuir chevelu le rendraient bientôt très sec, et les cheveux les plus souples et les plus soyeux ne mettraient guère de temps à devenir secs et roides.

Il faut donc mettre de côté ces applications. Mais par quoi les remplacerons-nous ? D'abord, les soins de propreté sont de rigueur ici comme ailleurs. Que les mamelons soient lavés doucement chaque jour, avec de l'eau additionnée d'un peu de teinture de myrrhe ou d'un tiers de teinture d'arnica ; chaque soir, on appliquera en outre un peu de beurre de cacao ou de vaseline.

Après l'accouchement, le danger vient surtout du fait que l'enfant est mis au sein ou trop tôt, ou trop souvent, ou trop longtemps à la fois. C'est une erreur que de mettre l'enfant au sein immédiatement après la naissance ; c'en est une bien plus grande encore que de ne l'y mettre qu'au bout de deux ou trois jours. L'enfant ne doit prendre le sein que huit ou dix heures après le travail, et ne le faire que toutes les six heures, jusqu'à ce que la sécrétion lactée soit bien établie, alors que la mère lui donnera à teter toutes les deux heures durant le jour et toutes les quatre heures durant la nuit. Sauf dans des cas très exceptionnels, on ne doit jamais

faire *manger* le baby; car si son appétit est déjà à demi ou même entièrement satisfait, il jouera avec le mamelon, le tiendra dans sa bouche pendant longtemps, ce qui aura pour effet de ramollir la peau outre mesure et de produire les érosions dont nous avons parlé plus haut. Après chaque tetée, le bout du sein devra être soigneusement asséché, parfois même lavé, puis enduit de quelque substance grasse (beurre de cacao ou vaseline) deux fois par jour. Si le lait vient peu et que l'enfant soit fort, il sucera tellement qu'il pourra de la sorte amener des érosions ou des fissures. Dans ce cas il faudra stimuler la sécrétion lactée. S'il se produit des crevasses, on appliquera de la teinture de benjoin sur l'endroit fissuré et non sur tout le mamelon. Si la traction devient douloureuse, on se servira d'un bout de sein artificiel. Si, en dépit de tout, la mammite se déclare, il faudra sevrer l'enfant.—*American Practitioner.*

PÆDIATRIE.

Ascite d'origine cardiaque chez un enfant.—D'après une leçon de M. Rendu à l'hôpital des Enfants-Malades.—Il s'agit d'un enfant de treize ans, chez lequel l'ascite, très abondante, se reconnaît au premier coup d'œil, et paraît dater de quatorze mois environ; la paracentèse a d'ailleurs déjà été faite trois fois. Dans un cas semblable, et il s'agit ici seulement de faits d'interprétation difficile, si on élimine, à cause de sa rareté extrême, l'ascite essentielle dont l'existence même n'est pas démontrée, on est toujours amené à rechercher trois ordres de causes possibles: affection du foie ou du péritoine, affection cardiaque, ou enfin état dyscrasique, comme l'albuminurie.

Le foie, en général, fonctionne bien chez l'enfant; on voit cependant chez lui des cas de cirrhose, quelquefois d'origine impaludique ou même alcoolique. On en a signalé chez des enfants de cinq à six ans, en Angleterre surtout, où on donne souvent l'alcool en grande abondance à cet âge. On voit alors, comme chez l'adulte, des digestions difficiles, les urines caractéristiques, et les autres symptômes habituels qui ici n'existent pas. Il faut remarquer cependant que dans ce cas particulier, comme dans la cirrhose, l'épanchement est très abondant, car on a extrait une fois treize, et une seconde fois quatorze litres de liquide de l'abdomen; toutefois, la différence essentielle réside encore dans ce fait qu'ici le foie est gros et la rate normale, tandis que le foie serait petit et la rate grosse s'il s'agissait d'une cirrhose.

L'hypothèse la plus importante à discuter est ici la péritonite tuberculeuse, d'autant plus qu'il existe chez ce malade quelques phénomènes pulmonaires; il présente à la base du poumon des frottements pleuraux; or, en général, ces frottements, associés à l'ascite, sont en rapport avec la péritonite tuberculeuse. Mais voici ce qu'on peut objecter à cette supposition: dans la péritonite, l'ascite peut être considérable, mais elle ne persiste pas aussi longtemps dans les mêmes conditions; il se forme des adhérences, et par suite des masses agglomérées, accessibles à la palpation; puis la maladie évolue souvent avec une grande lenteur, mais ne dépasse guère trois années. Ici, l'ascite, durant depuis treize à quatorze mois, reste toujours mobile dans la cavité, sans qu'il

se forme d'adhérences, et, bien qu'il y ait des frottements pleurétiques, il ne s'est développé aucun accident pulmonaire, ce qui serait certainement arrrivé dans un laps de temps aussi long, s'il se fût agi de tuberculose. On peut ajouter que l'absence de sueurs, d'amaigrissement, de troubles digestifs ne serait guère en rapport avec une tuberculose dont le début serait aussi éloigné.

L'albuminurie ne pouvant être mise en cause à raison de l'absence d'albumine dans l'urine, il ne reste à examiner que le cœur, examen intéressant, car il montre l'existence de lésions qui pourraient passer facilement inaperçues, ainsi que leur influence sur la production de l'ascite.

M. Rendu fait remarquer tout d'abord que chez ce malade les veines jugulaires sont turgescentes, ce qui témoigne d'un fonctionnement incomplet du cœur ; cet enfant a d'ailleurs présenté d'autres troubles fonctionnels, tels, qu'il ne peut courir ni faire quelque exercice actif sans être sujet à des palpitations. On peut dire que son cœur est réglé pour le repos, mais insuffisant pour un travail plus complet ; c'est, du reste, le cas pour un grand nombre de cardiaques. L'examen physique permet enfin de reconnaître certaines particularités importantes : le cœur est manifestement augmenté de volume, comme l'indique la percussion, mais on ne le sent pas battre à la main, et l'auscultation montre que le maximum qui correspond à la pointe, bien qu'abaissé jusqu'au-dessous du cinquième espace intercostal, au lieu d'être porté en dehors, comme dans tous les cas d'hypertrophie, est porté en dedans. Ces signes indiquent certainement une dilatation du cœur droit qui ne s'explique ni par le retentissement d'une affection gastro-intestinale, comme dans les faits si bien étudiés par M. Potain, ni par une affection pulmonaire, ni par une lésion valvulaire, car il n'existait pas ici de bruits morbides. Aussi M. Rendu a-t-il été amené à penser que cette dilatation est due à une adhérence générale du péricarde. Outre les signes locaux, les antécédents sont en effet de nature à faire admettre cette hypothèse. Le malade, auparavant très bien portant, a été atteint, il y a deux ans, d'un rhumatisme léger, mais compliqué d'une pleurésie et d'une péricardite ; on peut, dès lors, expliquer les troubles cardiaques par l'adhérence totale du péricarde qui entrave son fonctionnement et maintient pour ainsi dire béantes ses cavités.

Les signes de la symphyse cardiaque sont assez variables et n'offrent que peu de certitude : ici, M. Rendu attache surtout de l'importance à l'absence du choc précordial et de celui de la pointe, coïncidant avec matité considérable, et surtout à la déviation de la pointe en dedans. Il s'agit donc là d'une affection cardiaque assez rare, mais qui, en l'absence de lésions valvulaires, permet d'interpréter les troubles produits du côté du cœur. Mais tout n'est pas expliqué ainsi. Pour se rendre compte de l'ascite et de son évolution toute spéciale, il faut faire intervenir ici l'état du foie.

Chez cet enfant, il existe une stase sanguine dans le foie ; la circulation est troublée dans la sphère de la veine cave inférieure ; il en résulte une congestion habituelle de l'organe qui arrive à cet état complexe, dans lequel la stase peut déterminer de la cirrhose. Le foie est gros, douloureux de temps en temps, et on peut même se demander s'il n'y a pas eu, à un moment donné, d'insuffisance tricuspidienne, quoiqu'il n'y en ait pas actuellement. Mais le point important est l'altéra-

tion particulière du foie, qui, cependant, ne suffit pas par elle-même pour amener l'ascite. M. Rendu insiste en effet beaucoup sur ce fait que, bien souvent, on voit un foie considérable et très congestionné, sans qu'il y ait d'épanchement dans le péritoine. Dans la véritable cirrhose même, on voit certains sujets dont le foie est malade depuis des années, et qui cependant n'ont d'ascite que dans les deux derniers mois de leur existence. L'ascite n'est donc pas un phénomène nécessaire dans ces lésions du foie, et on ne peut admettre qu'elle soit toujours sous la dépendance de l'imperméabilité progressive de cet organe, ainsi que le voulait Frerichs; mais il faut tenir grand compte, en ce cas, de l'état du péritoine. Il n'y a pas de cirrhose sans un certain degré de péritonite, et c'est celle-ci qui compte pour beaucoup dans la production de l'ascite. Il peut en être de même de la congestion chronique du foie, et on voit alors l'épanchement se produire comme dans ce cas.

On peut donc ici rétablir la succession des accidents ainsi qu'il suit: rhumatisme compliqué de pleurésie et de péricardite, symphyse cardiaque, troubles circulatoires avec retentissement principal sur le foie, foie cardiaque, périhépatite et péritonite qui, après avoir présenté une phase aiguë, est arrivée à une phase chronique, et constitue pour le malade une véritable habitude d'exsudation. C'est ce qui fait qu'il n'y a pas grand avantage à le ponctionner, car le liquide se reproduit alors presque aussitôt.

Ces successions pathologiques, qui paraissent artificielles au premier abord, sont cependant habituelles en clinique. On voit assez souvent des sujets cardiaques présenter une attaque d'asystolie passagère, puis les phénomènes cardiaques s'apaiser, mais l'ascite persister, parce qu'une lésion péritonéale est venue compliquer la congestion hépatique. M. Rendu avait récemment dans son service une femme qui, à sa troisième attaque d'asystolie, eut une ascite énorme qui, cette fois, fut persistante, malgré l'amélioration de l'état du cœur et de la circulation. Certains sujets, d'ailleurs, ont de ces complications hépatiques et péritonéales, beaucoup plus facilement que d'autres, sans qu'on puisse le plus souvent en trouver la cause.

Dans le cas de cet enfant, la lésion doit être considérée comme grave, bien que l'état actuel puisse se maintenir longtemps, les reins et le cœur fonctionnant assez bien. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que l'état des organes abdominaux s'améliore. Toutefois, la ponction n'est pas indiquée, à cause de la reproduction trop facile du liquide, d'une part, et, d'autre part, en raison du danger de provoquer, par une déplétion rapide, la congestion excessive des divers organes, et en particulier des reins habitués depuis longtemps à la compression qu'ils subissent. C'est là, bien certainement, une des raisons qui font que certains cirrhotiques meurent rapidement après qu'on a fait chez eux l'évacuation d'une grande quantité de liquide.

On devra donc se contenter de donner ici un peu de digitale pour maintenir la contraction cardiaque et provoquer la diurèse, et, à ce dernier point de vue, administrer un peu d'acétate de potasse; adjoindre au régime du lait et du café, et pratiquer sur l'abdomen un peu de révulsion, et faire des badigeonnages de teinture d'iode et des applications de collodion.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Les bromures chez les enfants.—Extrait d'une leçon clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants-malades.

Quel est, dans la thérapeutique infantile, le mode d'emploi du bromure de potassium ? A quels symptômes nerveux doit-on l'opposer ?

Avant de résoudre ces différentes questions, il est utile d'examiner sous quelles formes et à quelles doses on doit employer les bromures.

Les plus usités parmi les bromures alcalins sont les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium ; on emploie aussi le bromure de potassium et de fer et le bromhydrate de quinine.

Voici les règles qu'il faut observer relativement aux doses, et suivant l'âge des enfants.

Au-dessous d'un an : 20 centigrammes (4 grains) en deux doses, au moment de la tetée.

A partir d'un an, 40 centigrammes (8 grains) également en deux doses aux repas dans du sirop ou en poudre, mais toujours dilués dans une quantité suffisante de liquide.

A partir de 2 ans, il faut donner 1, 2, 3 grammes (18, 36, 54 grains) du médicament, jusqu'à production d'effet physiologique très marqué ; dans certains cas, le donner à doses massives, dans d'autres, à doses progressivement décroissantes, pour suspendre ensuite. Cette méthode est très utilement applicable au traitement de l'épilepsie.

Quels sont les effets physiologiques du bromure de potassium ? Ce corps possède une saveur amère et salée assez désagréable ; il diminue la sensibilité réflexe de la muqueuse du pharynx et de l'isthme du gosier. A dose légère, il excite la muqueuse gastrique et provoque l'appétit ; à dose élevée, il irrite cette muqueuse et peut produire une gastralgie assez intense.

Après l'absorption, le bromure de potassium ralentit et régularise les battements du cœur. Moins dangereux que la digitale, on ne peut cependant pas le continuer indéfiniment dans les affections cardiaques. Il faut en suspendre l'emploi aussitôt l'effet obtenu. Ce ralentissement de la circulation produit son effet sur l'encéphale et rend ainsi le sommeil plus profond et la mémoire moins fidèle. L'usage du bromure affaiblit le système musculaire et le sens génital.

L'élimination des composés bromiques se fait par les poumons et les glandes de la peau. Il en résulte des éruptions diverses.

Il faut employer les préparations bromurées contre les manifestations éclamptiques, l'irritabilité cérébrale de certains enfants.

L'épilepsie est justiciable du bromure ; il faut le donner à doses progressivement croissantes, durant plusieurs jours, pour diminuer ensuite ; il est nécessaire, même après la disparition des attaques, de donner le médicament quinze jours par mois.

Le bromure uni à l'iodure est tout indiqué dans le traitement des attaques épileptiformes symptomatiques des lésions cérébrales.

Il est bon d'employer le bromure de potassium pour combattre certains symptômes morbides de la croissance, c'est-à-dire la céphalalgie et l'irritation cardiaque.

Dans la céphalalgie, le médicament devra être donné peu de jours et être repris par intervalles ; il faudra, concurremment à son emploi, prescrire l'hydrothérapie et les toniques variés.

L'irritation cardiaque est une affection qui apparaît chez les adolescents de 14 à 15 ans. Les valvules du cœur n'ont aucune lésion, la

maladie est caractérisée par des palpitations et de la constriction précordiale chez les jeunes sujets qui se livrent avec trop d'entrain aux violents exercices du corps ; elle peut amener une hypertrophie transitoire. Dans ces cas, on devra prescrire les préparations bromurées et la scille, mais il faudra en même temps interdire les excitants alimentaires, vin, café, etc., et les exercices violents.—*Progrès médical.*

De l'étiologie de l'eczéma dans le premier age, par le Dr Bohn de Kœnigsberg.

Le Dr Bohn traite d'une forme d'eczéma ayant surtout la tête ou la face pour siège, très commune pendant la première année de la vie, ou plutôt pendant la période de l'allaitement et celle qui la suit immédiatement. Cet eczéma affecte toutes les formes qui sont propres à ce genre de dermatite, depuis celle d'une certaine rougeur, d'une certaine rudesse de la peau, jusqu'à celles, mieux caractérisées, qui sont connues sous les noms d'*eczéma rubrum*, *madidum*, *squamosum* ; mais celle qui l'emporte sur toutes les autres, dans le premier âge, est la forme impétigineuse, constituée par de petites pustules d'abord isolées, puis confluentes et agglomérées de manière à former des croutes jaunâtres. Dans cette forme, le derme sous-jacent est baigné par un liquide purulent ou muco-purulent, de nouvelles pustules se forment incessamment par lesquelles les croûtes s'accroissent toujours en étendue et en épaisseur, en même temps que la poussière, la graisse, le sang leur donnent une coloration grise, brune, verte ou noire. Ces croûtes, soit séparées les unes des autres, soit réunies de manière à couvrir le crâne d'une calotte et le visage d'un masque, constituent l'affection bien connue sous les noms de *crusta lactea*, croûte de lait ; *porrigo larvalis* (Willan) ; *melitagra flavescens aut nigricans* (Alibert).

Il est rare de rencontrer chez les enfants l'eczéma généralisé, embrassant à ce degré toute l'étendue du corps, mais on trouve quelquefois des cas dans lesquels peu de places sont réellement à l'abri de l'affection, dans les diverses phases de son développement.

Quant à l'étiologie, la scrofule ne pouvait manquer d'être incriminée, d'autant plus qu'elle est réellement la cause de beaucoup de formes de l'eczéma infantile ; mais elle n'a rien à faire avec l'eczéma dont il est question ici, puisque la scrofule agit faiblement dans la première année de la vie. Le rachitisme a des droits sur cette première année, mais il n'est pas la cause particulière de l'eczéma impétigineux.

Il suffit d'ailleurs de regarder les enfants atteints pour voir qu'ils n'ont rien à démêler ni avec la scrofule, ni avec le rachitisme.

Les nourrissons en question, le plus souvent élevés au sein, sont généralement de beaux enfants, aux formes richement développées, à le peau fraîche et colorée aux endroits non atteints. La maladie ne semble pas contrarier leur nutrition. Ils tettent bien, croissent en poids et percent leurs dents à temps. Le seul phénomène qui semblerait indiquer un état morbide est quelquefois un peu de paresse intestinale, produisant des selles rares, dures et moulées.

Pour l'auteur, les enfants ainsi atteints présentent tous les signes caractéristiques de la *polysarcie adipeuse*. On ne doit pas non plus négliger chez eux le facteur du *foie gras* qui a été révélé par les autopsies de ceux qui ont succombé à des maladies intercurrentes et qu'on

peut d'ailleurs constater par la percusssion et l'auscultation sur le vivant. Ce rapport constant, entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sans qu'on puisse établir bien exactement le lien qui les unit, est utilisé par l'auteur pour instituer le traitement de l'eczéma.

Dans les cas où la polysarcie et l'eczéma se produiront chez un enfant, il y aura lieu de régler la nourriture, d'abord par rapport à la quantité, ensuite par rapport à la qualité. Si l'enfant est nourri exclusivement au lait (lait de femme ou lait de vache), il sera bon de lui donner entre ses repas un peu de bouillon, de cacao, de léguminose de Hartenstein (1er mélange), des soupes légères, et même un peu de viande hachée. L'auteur a quelquefois appliqué à l'enfant dans ce cas une sorte de *Banting* et s'en est bien trouvé.

Le traitement direct de la paresse intestinale qui accompagne parfois l'eczéma, a été pratiqué et a bien réussi. L'auteur a fait usage de lavements d'eau simple ; il a prescrit aussi la rhubarbe et le sirop de *rhamnus catharticus* ; comme applications locales, il recommande un mélange d'eau de chaux et d'huile de lin, par parties égales ; un onguent de plomb et de zinc, ou encore de vaseline dans lequel on a incorporé 20 p. c. de borax. Dans les cas d'eczéma généralisé, l'auteur proscrit formellement l'emploi des lotions et des bains chauds. Les lotions ou les bains doivent être froids ou tièdes.

Le rapport, qui semble bien établi entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sert donc à l'auteur pour s'orienter dans la question si difficile du traitement. Quant à expliquer ce rapport, il s'efforce de le faire, sans y réussir peut-être entièrement. Ce qui semble le mieux ressortir de ses explications, c'est l'influence de la constipation sur la production de l'eczéma. Il y a chez les enfants, ainsi affectés, de la paresse intestinale jointe à une faible sécrétion de la bile, due au *foie gras*, qui se rencontre souvent dans la polysarcie. Sous l'influence de ces causes un eczéma peut se développer, par suppression d'une excrétion naturelle, tout comme on le voit se produire chez les femmes dans leur âge de retour.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

Vulvite aphtheuse chez l'enfant, et son traitement par l'iodoforme, d'après la *thèse* du Dr SARAZIN (soutenue à Paris en juillet 1883).

La vulvite aphtheuse, spéciale aux petites filles de deux à cinq ans, est surtout fréquente dans les hôpitaux.

Elle paraît avoir pour cause la rougeole dans les deux tiers des cas, et devient elle-même souvent l'origine de la gangrène de la vulve.

Son pronostic, assez grave, comme on le voit, s'est sensiblement amélioré depuis qu'on la traite par l'iodoforme.

A l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, on couvre les parties, non détergées au préalable, d'une épaisse couche de cette poudre, et on les éloigne du contact au moyen d'un léger tampon de charpie.

Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison.

Cette guérison se produit rapidement dans la région vulvaire. Quant aux aphthes de la région périnéale, traités de la même façon, leur guérison, pour être moins prompte, n'en est pas moins sûre.

Le traitement général, qui doit marcher de pair avec le traitement local, contribue aussi puissamment à la guérison.— *Rev. des malad. de l'enfance.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Cullimore.*

℞.—Aluminis sulph..... gr ii
Tinct. bellad (B. P.)..... m iii-v
Tinct. cinchonæ..... m xii
Syrupi aurantii..... ʒss
Aquæ..... ʒii

M.—A prendre en une seule dose, pour un enfant de 4 ans.—*Journ. of the American Med. Association.*

Bronchite chronique.—*Dr G. St-George.*

℞.—Tr. scillæ..... m. xv
Sp. æther nit..... ʒj
Liq. amm. acet..... ʒj
Tr. hyoscyam..... ʒss.
Aq. camph., ad..... ℥j

M.—A prendre trois fois par jour. Aussitôt que les symptômes les plus *pressants* ont disparu, on prescrit la potion suivante :

℞.—Acid. nitro-hydrochl dil ..... m x
Tr. hyoscyam..... } ãã
Tr. laricis..... } ʒss
Inf. gent. co. ad..... ℥j

M.—A prendre aussi trois fois par jour.

Quand la bronchite est due à l'inhalation de poussières et autres substances irritantes, on donne, trois fois par jour :

℞.—Ammon, carb..... gr v
Tr. scillæ..... } ãã
Tr. camph c..... } m. xv .
Inf. senegæ ad..... ℥j

Enfin, quand la bronchite s'est améliorée, on donne au malade deux cuillerées à thé d'huile de foie de morue après chaque repas, et, comme tonique, la préparation suivante, à prendre en une seule dose, avant les repas :

℞.—Acid nitro-hydrochl dil..... } ãã
Tr. camph. c..... } m x
Vin. ipecac..... m vj
Inf. gent, co. ad..... ℥j

Diarrhée infantile.—*Dr A. A. Smith.*

℞.—Magnes. calcin..... ʒi
Spt amm. arom..... m xl
Tinct. assafœt..... ʒi
Anisette..... ʒvi
Aq. cinnam..... ℥ iv

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures jusqu'à soulagement, pour un enfant de trois semaines à quatre mois.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AOUT 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Le Choléra.

Nous n'apprenons aujourd'hui rien de nouveau à nos lecteurs en leur disant que le choléra qui sévit actuellement en France est bien le *choléra asiatique* et non pas le simple *choléra nostras*, ainsi qu'on l'avait espéré tout d'abord. Si nous n'avons pas encore abordé cette question, c'est que, lors de la publication de notre livraison de juillet, le choléra restait encore limité à Toulon et à Marseille et n'y exerçait que des ravages très modérés, et qu'en plus, on était loin d'être fixé sur la véritable nature de l'épidémie. Aujourd'hui, le doute n'est malheusement plus permis.

C'est le 14 juin que le premier cas de choléra s'est déclaré à Toulon, mais les premiers décès n'eurent lieu que le 20. Ce jour-là, il y avait deux morts. Le 25 juin, le chiffre total de la mortalité des jours précédents était de 30. Le 2 juillet, elle atteignait 90. Pour une maladie telle que le choléra asiatique, on avouera que c'était encore assez bénin. Cependant la proportion allait en s'accentuant de plus en plus, bien que très graduellement; en outre l'épidémie avait gagné Marseille où elle semblait sévir avec un peu plus de rigueur qu'à Toulon. A Aix et à Nîmes on signalait, le 10 juillet, deux décès chez des réfugiés de Marseille. C'était la diffusion qui commençait.

Dès les premières nouvelles venues des districts infectés, l'Académie de médecine de Paris n'a pas été lente à se mettre à l'œuvre. Il y avait

à voir de quelle nature était le fléau : sporadique ou asiatique. Interpellé à ce sujet, M. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, a déclaré tout d'abord que, dans son opinion, l'on avait affaire à un choléra purement sporadique, ainsi que la chose semblait établie par le mode d'invasion et la marche de la maladie, et par la bénignité des accidents dans la plupart des cas. En même temps il a demandé à l'Académie de vouloir bien attendre huit jours encore, avant d'en venir à aucune discussion à ce sujet.

Cependant, le gouvernement envoyait à Toulon une mission scientifique composée de MM. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, Proust, président de la Société de médecine pratique, et Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, pendant que MM. Straus et Roux se rendaient eux aussi, mais sans mission officielle, par simple dévouement, sur le lieu de l'épidémie. La mission avait instruction d'étudier le caractère de la maladie, son mode d'origine, sa nature intime, etc. Déjà les médecins toulonnais considéraient le choléra comme asiatique, leur opinion se basant sur les cas foudroyants, les crampes et la réaction typhoïdique, sur l'autopsie de la première victime, enfin, sur l'analogie avec l'épidémie toulonnaise de 1865. Par contre, le caractère de véritable atténuation que présentait alors la maladie faisait hésiter la commission et en particulier M. Rochard, entre la forme simplement sporadique et la forme réellement épidémique.

L'enquête se continua. Le 1er juillet, la commission faisait rapport à l'Académie de médecine. Par la bouche de M. Brouardel elle concluait à la nature *asiatique* de l'épidémie dont l'origine restait cependant encore inconnue. M. Fauvel a nonobstant persisté et persiste encore, à l'heure où nous écrivons ces lignes, à ne considérer le choléra de Toulon et de Marseille que comme du choléra nostras. Pour lui, "l'épidémie s'achèvera comme s'achèvent les épidémies de choléra nostras, et les cas plus ou moins cholériques signalés à Marseille s'éteindront avec les chaleurs."

Le 8 juillet, M. Rochard est venu présenter son rapport à l'Académie. Comme ses collègues, MM. Brouardel et Proust, il a admis la nature asiatique de l'affection. Il a également émis l'avis que l'épidémie est venue d'Egypte, comme la chose avait, du reste, été prévue dès l'an dernier, lors du choléra d'Alexandrie. Nous allions oublier de mentionner que M. Koch, de Berlin, s'est, aussi lui, transporté à Toulon et à Marseille, a étudié l'épidémie sur place et l'a déclarée être le véritable choléra asiatique.

Pour être asiatique, le choléra n'en a pas moins, jusqu'aux premiers jours de juillet, suivi une marche assez bénigne, et c'est, nous le répétons, ce qui a fait hésiter sur sa véritable nature. Durant les deux premières semaines de juillet, il y eut comme une recrudescence de l'épidémie, la mortalité étant, en moyenne, de 20 à 24 par jour pour Toulon, et de 30 à 40 par jour pour Marseille. En même temps, quelques villes circonvoisines telles que Arles, Aix, Nîmes, étaient atteintes, mais à un faible degré. Nos derniers échanges d'Europe (Paris, Lyon, Bordeaux) portent la date du 21 juillet, alors que le chiffre de la mortalité commençait à diminuer. Le télégraphe nous a appris, depuis, que ce chiffre a été réduit davantage encore à Toulon et à Marseille, mais que, par contre, le choléra a continué de s'étendre

plus au loin, notamment à Arles et à Nîmes. *Interviewé* à ce sujet, maître Koch aurait émis l'opinion que non seulement toute la France, mais aussi toute l'Europe allait recevoir la visite de l'épidémie. On avouera que ce n'est pas rassurant. Cependant si nous en croyons un rapport présenté à la Société médico-chirurgicale de Paris, M. le Dr de Fournès aurait déjà signalé l'amoindrissement successif du principe morbide du choléra qui perdait, disait-il, de son activité primordiale, puisqu'à chaque nouvelle épidémie l'on a constaté successivement à Paris une mortalité beaucoup moins élevée.

Ainsi il y avait en	1832	1	décés cholérique	sur	40	habitants.
En	1849	1	"	"	51	"
En	1853-54	1	"	"	112	"
En	1865	1	"	"	270	"

On peut donc encore espérer.

L'épidémie cholérique actuelle doit être un enseignement salutaire pour nous. Pour Toulon et Marseille, leur proximité relative de l'Egypte —d'où la maladie est évidemment venue—et leur importance comme ports de mer, expliquent bien pourquoi ces villes ont été atteintes de préférence, mais on ne saurait mettre en oubli les très mauvaises conditions hygiéniques de celle de ces deux villes qui a été frappée la première. Le choléra y avait réellement beau jeu. "A Toulon, nous disait *l'Union médicale* du 26 juin, les casernes sont dans les plus mauvaises conditions d'hygiène ; l'état de la voierie n'a pas été modifié depuis de longues années ; les égoûts manquent dans une partie de la ville, les matières fécales et les détritus de tous genres sont projetés dans les ruisseaux, circulent à l'air libre et viennent se déposer dans la vieille darse, où ils forment des atterrissements que l'on drague de temps en temps pour prévenir l'exhaussement de cette partie du port."

On le voit, Montréal n'a rien à envier à Toulon. Ici comme là-bas les dangers ont été et sont encore bien souvent signalés sans pouvoir vaincre les résistances ou la négligence locales. Que le malheur des Toulonnais nous serve au moins d'exemple, et nous fasse sortir un peu de notre apathique attitude. Il s'agit d'assainir Montréal une bonne fois. De concert avec la Société d'hygiène, notre Bureau de santé essaie de s'y employer, mais ne fait pas encore merveille. Cela viendra plus tard sans doute. En attendant, il nous faut nous préserver de toute surprise : empêcher l'introduction du virus cholérique dans nos ports en mettant en force tous les règlements de quarantaine, puis, s'il faut que l'épidémie se déclare malgré tout, ce qui, sans être bien probable est pour le moins très possible, la combattre par tous les moyens connus.

Nous publions plus loin les principales précautions préconisées contre le Choléra par le comité consultatif d'hygiène de France, sur le rapport de M. Proust. Quant au traitement médical de la maladie elle-même, il est loin de donner satisfaction dans la plupart des cas ; nous remarquons, du reste, qu'il est tout symptômatique. A Toulon et à Marseille, on a fait usage d'injections hypodermiques de morphine à la première période, et d'éther à la dernière. L'atropine, administrée de la même façon, a fait cesser la douleur et les crampes. Les inhalations d'oxygène procurent aux malades une sensation de fraîcheur et de bien-être ; le pouls se relève, une certaine animation reparaît au

visage. Ces inhalations doivent être répétées toutes les heures, surtout à la période de coma. On recommande aussi, au début, de collodionner largement le ventre des malades. Il est à remarquer qu'il n'est question d'aucun agent microbicide dans cette thérapeutique active du choléra.

Viande et tubercule.

Quelques-uns de nos lecteurs ont paru se scandaliser de nos remarques au sujet de la contagion de la tuberculose par les aliments, trouvant que nous nous exagérions le danger de transmission des tubercules par cette voie. D'autres ont jugé, paraît-il, que nous avions été trop peu sévères en concédant que "toutes réserves faites, dans le cas d'un animal ne présentant de tubercules que dans un seul organe, il soit *possible* que la viande en d'autres parties du corps ait les qualités requises et *puisse* strictement parlant être livrée à la consommation." Pour eux, dès lors que des tubercules se montrent dans un organe, ne fut-ce que dans un seul, la viande de l'animal devient par là même impropre à l'alimentation.

Pour ce qui est du premier point en litige, nous avouerons n'avoir pu réussir à modifier nos idées là-dessus. Que la tuberculose soit contagieuse, cela ne fait aujourd'hui plus de doute pour personne, croyons-nous, et il serait oiseux de chercher à établir un fait qui n'en est plus à avoir besoin de preuves. D'un autre côté, que les organes digestifs soient une des voies d'introduction du virus tuberculeux, cela ressort évidemment de la proposition précédente et de tout ce qui a été dit et écrit à ce sujet depuis quelque temps. Les résultats de l'expérimentation nous viennent de toutes parts, tendant à établir de plus en plus que l'ingestion de matières tuberculeuses amène, et assez rapidement encore, l'apparition de tubercules dans les ganglions mesentériques, chez les animaux. "Divers faits, dit M. H. Barth (1) semblent prouver que la consommation de la viande et du lait d'animaux phthisiques peut provoquer la maladie au même titre que l'ingestion des produits tuberculeux proprements dits. Il est vrai que d'autres tentatives sont demeurées sans succès, ce qui tend à faire croire que la virulence des viandes et du lait des animaux phthisiques n'est pas constante, mais les faits positifs n'en gardent pas moins toute leur valeur, et il est permis d'affirmer dès aujourd'hui que la contagiosité du tubercule peut s'exercer par les voies digestives."

Quant à notre seconde proposition, tout en admettant comme *possible* l'innocuité d'une viande provenant d'un animal qui ne porterait de tubercules que dans un seul organe, nous avons eu soin d'ajouter aussi que pour être entièrement rassuré sur la non-tuberculisation de cette viande, il fallait un examen des plus minutieux, examen qui est aussi, la plupart du temps, des plus difficiles. Pour nous, toute la question est là. Que l'on nous prouve l'absence actuelle et positive de tubercules dans la viande que l'on nous vend, et nous serons satisfaits. Mais cette preuve est d'une énorme difficulté, comme on le sait, et, en présence d'un doute, il vaut mieux, à notre sens, en donner le bénéfice au

(1) *France médicale.*—1884, Nos. 78, 79 et 80.

public. D'où nous avons conclu, et concluons encore que la viande provenant d'animaux porteurs *d'un seul* organe tuberculeux doit être rejetée de la consommation si l'inspection ne peut en être faite d'une manière satisfaisante. Quand aux viandes d'animaux à tuberculose plus ou moins généralisée, il va sans dire qu'elles doivent être absolument rejetées.

Au reste, en formulant ainsi notre manière de voir nous demeurons tout-à-fait d'accord avec les conclusions que M. Bouley, membre de l'Académie de médecine de Paris (et autorité des plus compétentes en ces matières) présentait au Congrès de médecine vétérinaire réuni en septembre dernier à Bruxelles, conclusions qui ont été adoptées : "La tuberculose étant reconnue, expérimentalement, une maladie transmissible par les voies digestives et par l'inoculation, le Congrès déclare qu'il y a lieu d'éliminer de la consommation pour l'homme, les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelque soit le degré de la tuberculose et quelles que soient les qualités apparentes de ces viandes."

Falsification des médicaments.

Nos meilleurs remerciements à l'honorable sénateur A. H. Paquet pour l'envoi de documents parlementaires relatifs à la question de la falsification des drogues et médicaments. Le manque d'espace nous force de remettre à une prochaine livraison l'étude de cette importante question.

Nourriture de Mellin (*Mellin's Food*) pour les enfants et les convalescents. Une récente analyse de M. G. W. Wigner, président de la Société des analystes publics d'Angleterre, a mis en lumière non seulement la composition mais aussi l'action physiologique de cette préparation si répandue.

Comme M. Wigner le fait observer, ce n'est pas un simple aliment amylacé ou sucré, mais une préparation soluble contenant les principes azotés et phosphorés qui contribuent pour une si large part au développement des os et des tissus mous chez les jeunes enfants. Etant parfaitement peptonisée, non seulement elle se digère facilement, mais elle facilite la digestion du lait et des autres aliments auxquels elle est mêlée. Elle doit nécessairement produire un très bon effet chez les enfants faibles qui ne peuvent digérer les aliments amylacés. L'analyse de M. Wigner a évidemment été faite avec le plus grand soin et présente un intérêt considérable.—*British Med. Journal*, Mai 1884.

Incontinence d'urine.—Traitement par les " Dragées Grimaud."—L'émission involontaire des matières liquides ou solides, qui n'a lieu ordinairement qu'à des intervalles plus ou moins longs, à la suite d'un besoin senti et sous l'influence de la volonté, est une incommodité qui peut dépendre de circonstances très-variées. L'urine et les matières fécales sont les seules qui donnent lieu à cette incontinence. L'écoulement involontaire et habituel des urines chez les enfants, chez les jeunes filles et chez les vieillards, est l'affection qui porte ce nom habituellement.

Le relâchement ou la paralysie de certains muscles, l'excès de sensibilité ou de contractilité de la vessie, la paralysie de cet organe, sont des causes de cette affection si désagréable, par les soins de propreté qu'elle exige. De là deux modes de traitement suivant les causes, suivant les organes qui sont affectés, pour arriver au but que l'on désire obtenir en pareille circonstance.

Si nous désirons entretenir nos lecteurs des meilleurs moyens que nous croyons utiles, c'est parce que nous connaissons depuis longtemps une préparation, vantée dans la pratique, et qui, entre les mains d'hommes sages et de haute expérience, produit les meilleurs résultats.

Les propriétés de l'ergot de seigle ne sont point inconnues. Certains organes en subissent l'action d'une manière toute spéciale. Celles du fer ne sont pas moins appréciées contre les affections anémiques. Il ne s'agit donc plus que d'obtenir une préparation inaltérable qui s'adresserait en même temps à l'ensemble de la constitution et en particulier aux parties affectées, afin de mettre un terme à des accidents qui font le désespoir des familles.

Ces préparations anti-anémiques ont été obtenues, et sont faites avec le plus grand soin, après de longs travaux de laboratoire, par M. Grimaud.

Dans la chlorose, certains cas d'aménorrhée, de dysménorrhée et d'anémie, les personnes du sexe féminin en peuvent retirer un précieux avantage. Il n'est pas douteux qu'il en soit de même dans un certain nombre d'affections de poitrine, dans les crachements de sang. C'est donc, à n'en pas douter, un médicamont possédant des vertus inappréciables et dont l'emploi doit être conseillé quand même dans tous les cas signalés dans cet article.—Dr THÉOPHILE JOSSET, in *Le monde thermal.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual announcement of the Medical Department of the Niagara University, Buffalo, N. Y.—Session of 1884-85.

PONTZEN (Ernest).—Première application à Paris en 1883, de l'assainissement suivant le système Waring. — Paris, Baudry & Cie, éditeurs, 1884.

Réponse à un ordre de l'Assemblée Législative, demandant copie du rapport de l'arpentage fait par M. Casgrain dans le canton de Daagnam comté de Bellechasse.—Québec, mai 1884.

Réponse à une adresse de l'Assemblée Législative, demandant copies des contrats passés pour la construction du nouveau Palais Législatif et pour l'ameublement et l'installation des nouvelles Chambres ; copies des soumissions faites et de toutes correspondances faites à cet égard ; état détaillé de toutes sommes payées jusqu'au 1er avril 1883, pour les constructions susdites etc.—Québec, mai 1784.

Catalogue général des livres anciens et modernes, français et étrangers de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire, et des sciences qui s'y rapportent.—Un volume in-8° de XVI-448 pages—2 fr., envoi franco par la poste en province contre 2 fr. 25.—A l'étranger contre 2 fr. 50 en timbres-poste ou en mandats postaux.

Ce catalogue, qui constitue une véritable *bibliographie des sciences médicales* par les indications nombreuses et précises qu'il renferme, renseigne sur le lieu, la date de publication, le nombre des pages et des planches de chaque ouvrage; il indique le prix courant en librairie, des livres anciens et modernes, français et étrangers; il est indispensable à tout médecin qui désire se tenir au courant de la littérature; il rendra de grands services aux bibliothécaires et aux amateurs.

MM. J.-B. Baillière et fils adressent un exemplaire de ce volume de 460 pages, à toute personne qui leur enverra : 2 francs pour Paris, 2 fr. 25 pour les départements et 2 fr. 50 pour l'étranger.

Le prix du Catalogue est remboursé par déduction sur la première demande d'au moins 20 francs, qui est adressée directement à MM. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

NOUVELLES MEDICALES.

Veto.—Le gouverneur Cleveland a refusé de signer le "Bill concernant la falsification des drogues et des aliments."

Hopitaux de Paris.—M. le professeur Trélat remplace M. Gosselin à la Charité. M. le professeur LeFort passe à l'hôpital Necker.

Nécrologie.—A Lyon, M. le Dr Letiévant professeur à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; à Tours, M. le Dr H. Moreau, médecin des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, bien connu par ses travaux sur l'aliénation mentale ; à Vienne, M. le professeur Jæger, de l'université de Vienne ; à Nancy, M. E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy; à Londres, M. Cæsar Henry Hawkins, chirurgien de l'ôpital St-Georges.

Association Médicale Canadienne.—Cette association doit se réunir à Montréal les 25, 26 et 27 courant. On dit que M. Lawson Tait aurait accepté l'invitation d'y donner une *lecture* sur la chirurgie abdominale.

Jusqu'à ce jour, les médecins dont les noms suivent se sont inscrits pour les travaux ci-après mentionnés :

Dr Gardener (London): Des brûlures et de leurs conséquences.—Dr Fulton (Toronto): Opération d'Estlander.—Dr Oldright (Toronto): Du myxo-sarcôme.—Dr Campbell (Seaforth): Septicémie puerpérale.—Dr Ryerson (Toronto): Du catarrhe naso-pharyngien.—Dr Buller (Montréal): Du Jequirity dans l'ophthalmie granuleuse.—Dr Roseburgh (Hamilton): Des progrès les plus récents en chirurgie abdominale.—Dr Osler (Montréal: De la pneumonie comme maladie infectieuse.—Dr Dupuis (Kingston): Réclame médicale et médicaments secrets.—Dr Henry Howard (Montréal): *Materia cogitans.*—Dr Harrison (Selkirk): De la méningite cérébro-spinale.—Dr Stephen Tilt (Guelph): De l'opiophagie et de son traitement.—Dr Major (Montréal): Des progrès modernes en laryngologie.

MM. les Drs Fenwick, Blackader et Shepherd, de Montréal, et A. C. Brown, d'Acton Vale, ont également promis leur concours actif.

Instruction concernant les précautions à prendre en temps de choléra.—En temps de choléra, les règles hygiéniques recommandées habituellement doivent être rigoureusement observées.

C'est en prenant au début les précautions les plus rigoureuses qu'on peut empêcher les épidémies locales de devenir graves ou de s'étendre.

Ces mesures sont de deux ordres ; elles ont trait à l'hygiène de chacun, ou bien elles concernent l'hygiène publique.

HYGIENE INDIVIDUELLE

1° Précautions a prendre a l'état de santé.

Même dans les grandes épidémies, les personnes atteintes ne sont qu'une très rare exception et la maladie guérit souvent. Ceux qui ont peur résistent moins que les autres ; il faut donc s'efforcer de conserver le calme de l'esprit.

Surveillance au point de vue des fatigues.—On évitera les fatigues exagérées, les excès de travail et de plaisir, les veilles prolongées, les bains froids et de trop longue durée, en un mot toutes les causes d'épuisement.

Des refroidissements.—Le refroidissement du corps, surtout pendant le sommeil, par les fenêtres ouvertes, les vêtements trop légers le soir après une journée très chaude, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, sont particulièrement dangereux en temps de choléra.

Des eaux.—L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau des puits, des rivières, des petits cours d'eau est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égoûts, par les résidus de fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité complète. On peut encore faire infuser dans l'eau bouillante une petite quantité de thé, de houblon, de plantes amères ou aromatiques, et boire ces infusions mélangées au vin.

La boisson suivante, qui a le très grand avantage d'étancher la soif sans qu'il soit nécessaire d'en boire de très grandes quantités, doit être recommandée :

Rhum, 40 grammes (ʒx) ;
Teinture alcoolique de gentiane, 4 grammes (ʒi) ;
Eau fraîche, 1 litre (O ii).

Nous devons aussi recommander la filtration au charbon.

Les eaux minérales naturelles dites " eaux de table " rendent dans ces cas de grands services.

Il doit être interdit aux boulangers de fabriquer le pain avec l'eau des puits placés dans les cours des maisons, lorsque le voisinage des fosses des latrines et des fumiers souille fréquemment cette eau.

Il faut même renoncer complètement à se servir de ces puits en temps de choléra.

Des fruits.—Il n'y a aucun inconvénient à faire un usage modéré de fruits bien mûrs et de bonne qualité ; on doit toujours les peler et, mieux encore, les manger cuits.

Des légumes.—Cette recommandation s'applique surtout aux légumes; autant que possible, il faut les faire cuire : les salades, les radis, les produits maraîchers pourraient à la rigueur retenir quelques germes dangereux répandus à la surface du sol.

Des écarts de régime.—On doit éviter tout écart de régime et toute indigestion. Dans toutes les épidémies de choléra, on a reconnu que les excès de boissons et l'intempérance favorisaient au plus haut point les attaques de la maladie.

Des alcools.—Certaines personnes croient se préserver du choléra en buvant une quantité inaccoutumée d'eau-de-vie et de liqueurs alcooliques : rien n'est plus dangereux : l'abstention complète vaudrait encore mieux que le plus léger excès.

Des boissons glacées.—Les glaces et les boissons glacées prises rapidement en pleine digestion, ou le corps étant en sueur, peuvent déterminer en tout temps des indispositions ayant quelque ressemblance avec le choléra : il faut donc en faire un usage très réservé en temps d'épidémie.

2° Précautions a prendre en cas de maladie.

Influence d'un trouble digestif.—Le moindre trouble digestif peut être le prélude d'une attaque de choléra ; il ne faut jamais le négliger, et l'on doit appeler immédiatement le médecin. Une attaque peut être prévenue ou arrêtée par un traitement rapide.

Des personnes qui doivent donner des soins aux cholériques.—Les gardes des infirmiers ou de toute personne attachée au service des cholériques ne dépasseront pas douze heures. Ils auront double ration de vin et, pendant la nuit, du café. Tous les jours, après la visite du matin, le médecin se fera rendre compte de l'état de santé de ces infirmiers et prescrira, lorsqu'il y aura lieu, des repos et des suspensions de fonctions.

Transmission du choléra.—C'est le plus souvent par les matières de vomissements et les selles que le choléra se propage ; ces matières ne sont pas beaucoup moins dangereuses dans les attaques les plus légères que dans les cas les plus graves. Il faut donc les désinfecter et les faire disparaître le plus tôt possible de la chambre des malades.

On peut empoisonner toutes les latrines d'une maison en y jetant ces matières non désinfectées.

De la désinfection.—Les désinfectants recommandés sont en première ligne le sulfate de cuivre et, à son défaut, le chlorure de chaux et le chlorure de zinc. L'acide phénique et le sulfate de fer sont insuffisants.

Vases.—Il faut d'abord mêler à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides :

Ou bien un grand verre de la solution suivante de couleur bleue :

Sulfate de cuivre du commerce ou couperose bleue, 1½ oz.

Eau simple, 1 pinte.

Ou bien une petite tasse à café de chlorure de chaux en poudre (environ 2½ oz).

Ou bien du chlorure de zinc au centième.

Il est préférable de déposer par avance le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections.

Linges.—Les linges de corps ou de literie souillés par les déjections doivent être plongés, avant de sortir de la chambre, dans un baquet auquel on mêlera :

Ou quatre pintes de la liqueur bleue ;

Ou bien deux tasses à café (5 à 6 onces) de chlorure de chaux sec qu'on noue dans un sac en toile.

On les retirera du baquet en les tordant, au bout d'une demi-heure d'immersion dans ce liquide, qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge, humide encore, au blanchisseur, qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillante avant de le soumettre à la lessive commune.

Vêtements. — Les pièces de vêtement susceptibles d'être lavées sont soumises au même traitement. Les pièces en drap et en tissus de laine seront envoyées, avec la literie, à l'étuve dont il sera parlé plus loin.

On peut toutefois les désinfecter au soufre, de la manière suivante : on les suspend dans un cabinet vide dont toutes les ouvertures sont bien closes, on asperge le sol avec un peu d'eau, pour rendre l'air humide, et l'on y fait brûler 30 grammes (1 oz.) de fleur de soufre par mètre cube de l'espace ; le soufre sera placé dans une terrine reposant elle-même au fond d'une cuvette à demi remplie de sable humide ; on se retirera rapidement après avoir allumé le soufre ; le cabinet ne sera ouvert qu'au bout de vingt-quatre heures.

Quand les vêtements sont profondément souillés et de peu de valeur, il est préférable de les brûler.

Planchers.—Les taches ou les souillures sur les planchers, les tapis, devront immédiatement être lavées à l'aide d'un chiffon, soit avec la solution bleue de couperose, soit avec un lait de chlorure de chaux obtenu en mêlant une cuillerée de chlorure sec à une pinte d'eau. Le chiffon sera ensuite brûlé.

Literies.—Autant que possible, les literies occupées par les malades devront être garnies de larges feuilles de papier goudronné ou de journaux pour prévenir la souillure des matelas. Ces papiers seront détruits par le feu.

Matelas.—Les matelas tachés ou souillés devront être humectés, à l'aide d'un chiffon ou d'un tampon d'ouate, avec la solution bleue étendue de cinq fois son volume d'eau, ou avec la solution de chlorure de chaux (une cuillerée à café de chlorure sec par litre d'eau.)

Etuves.—Ces matelas pourront dès lors être enlevés, sans danger, par des voitures spéciales et désinfectés dans les étuves, soit par la vapeur, soit par l'air chauffé à 110 degrés environ.

En l'absence d'appareils ou d'établissements aménagés à cet effet, les matelas devront être étalés sur des chaises, dans une chambre close, et exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs résultant de la combustion de 1 once au moins de soufre par mètre cube du local.

Cabinets d'aisances.—Deux fois par jour, dans les maisons où s'est produit un cas de choléra, on versera dans la cuvette des cabinets deux pintes de la liqueur bleue, ou deux tasse à café de chlorure de chaux sec, délayé dans deux pintes d'eau.

Tuyaux d'évier.—Une tasse à café de la liqueur bleue ou de chlorure de zinc liquide à 45 dégrés devra être versée chaque soir dans les tuyaux d'évier, les plombs, les conduites des eaux ménagères.

Siphons.—Partout où il sera possible, on établira sur le trajet des tuyaux de chute des siphons ou tubes en plomb ou en grès recourbés en U, afin d'empêcher le reflux des gaz de l'égout dans l'intérieur des maisons.

Ordures ménagères.—Les ordures ménagères et les rebuts de cuisine devront être gardés dans une caisse bien fermée, à couvercle; chaque jour, on répandra à leur suface, soit un demi-verre de solution de couperose bleue, soit une ou deux cuillerées de chlorure de chaux en poudre.

Ces débris seront descendus chaque soir dans une caisse métallique bien close, établie par le propriétaire dons la cour de la maison; on en saupoudrera la surface avec du chlorure de chaux avant la nuit. Chaque matin cette caisse serait vidée dans les charrettes publiques par les soins des employés de la voirie, qui déposeraient une certaine quantité de chlorure de chaux au fond de la caisse vide pour la désinfecter.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Mesures contre les agglomérations d'individus.—En temps de choléra il faut éviter tous les grandes agglomérations d'hommes sur un même point; ces réunions et ces foules deviennent facilement un foyer de propagation de l'épidémie; les foires, les courses de chevaux, etc., doivent autant que possible être ajournées.

Contre les accumulations d'immondices.—L'accumulation des immondices, fumiers, résidus industriels en décomposition dans les cours et au voisinage immédiat des maisons, doit être sévèrement prohibée. Ces amas en décomposition ne pourront toutefois être remués et enlevés qu'après avoir été arrosés avec une des solutions désinfectantes citées plus haut. On arrosera avec le même liquide l'emplacement devenu libre.

Contre la stagnation dans les égouts.—Il faut plus que jamais empêcher la stagnation des matières dans les égouts, surtout au-dessous des bouches ouvrant sur la rue. Le lavage de ces bouches pourrait être fait avec un mélange désinfectant.

Contre les vidanges.—En temps d'épidémie de choléra, les opérations de vidange ne devraient être autorisées qu'à l'aide de tonneaux hermétiques, actionnés par la vapeur et brûlant les gaz sous les chaudières. Après chaque opération, le radier et les murs de la fosse doivent être désinfectés.

Il faut qu'en temps d'épidémie toutes les fosses fixes soient surveillées et désinfectées par les soins de l'administration.

Du transport des cholériques.—Lorsqu'un cas survient dans un hôtel ou un logement garni, la déclaration doit être faite immédiatement au commissaire de police ou à la mairie. Les malades ne doivent pas séjourner, même vingt-quatre heures, dans cet hôtel ou garni; ils seront transportés d'urgence soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé affectée exclusivement à cet usage; toutefois, les malades auront le droit de se faire transporter dans un appartement loué par eux, pourvu qu'il soit possible de les isoler ainsi sans danger pour les voisins.

Désinfection de l'appartement infecté.—La chambre occupée momen-

tanément par un cholérique ne pourra être livrée à un nouveau voyageur ou locataire qu'après désinfection complète par la combustion de 1 once de soufre par mètre cube.

Utilité des ambulances spéciales.—Quand plusieurs personnes occupent une même chambre et que l'une d'elles contracte le choléra, c'est faire courir le plus grand danger aux membres de la famille encore bien portants, et particulièrement aux enfants, que de vouloir traiter le malade dans la chambre commune. Il faut le faire transporter immédiatement dans un hôpital ou ambulance spéciale où les chances de guérir sont plus grandes que dans un logement encombré, où tout manque pour des soins immédiats et incessants.

Surveillance des maisons.—Dans toute maison où survient un cas de choléra, une inspection rapide doit être faite par un délégué de l'administration municipale, d'abord pour constater la réalité de la maladie, puis pour s'assurer que toutes les mesures de désinfection ont été prises et qu'elles sont suffisantes.

Quand les garanties d'exécution et de sécurité ne seront pas complètes, les opérations de désinfection devront être faites par les soins de l'administration. Il sera nécessaire d'assurer pendant vingt-quatre heures un abri aux habitants du logement, pour procéder à une purification sérieuse.

Des lavoirs.—Les lavoirs publics doivent être l'objet d'une surveillance particulière afin que le linge souillé par les cholériques ne soit pas lavé en commun. Ce linge doit d'ailleurs, avant d'être livré aux blanchisseuses, être désinfecté, comme il a été dit plus haut.

Distribution gratuite des matières désinfectantes.—Chaque poste de police doit renfermer un dépôt de matières désinfectantes par paquets ou flacons dosés d'une manière uniforme, et munis d'une étiquette imprimée indiquant très exactement la manière de s'en servir (fleur de soufre, chlorure de chaux sec, sulfate de chaux pulvérisé, chlorure de zinc liquide à 45°). Ces substances sont délivrées gratuitement aux personnes qui en feront la demande sur un bon du médecin ou d'un délégué de l'administration municipale.

Des voitures.—Il faut se précautionner d'un nombre suffisant de voitures spéciales exclusivement affectées au transport des cholériques.

Elles doivent être désinfectées chaque jour ; il en sera de même de celles qui, venant prendre à domicile le matériel contaminé doivent le rendre plus tard purifié.

Des ambulances et hôpitaux.—Enfin, il faut préparer immédiatement des ambulances de secours, des chambres d'urgence bien isolées dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux ou baraques affectés spécialement aux cholériques.—A. Proust, *rapporteur.*

NAISSANCE.

Beaudry.—A Montréal, le 4 juillet, la Dame du Dr G. O. Beaudry, un fils.

DÉCÈS.

Dupont.—A Montréal, le 7 juillet dernier, Dame Marie Thérèse Lantelme, épouse du Dr F. Dupont.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

Traitement de l'Urémie.

Le malade que je vous présente aujourd'hui a, comme plusieurs d'entre vous le savent déjà, souffert d'accidents urémiques de nature convulsive. Voici, en peu de mots, les particularités relatives à ce cas. Il y a près de quinze jours, cet homme, âgé de 24 ans, d'une constitution robuste, habitué aux rudes travaux des chantiers, laissait là l'ouvrage pour revenir chez lui. Durant le trajet, qui fut passablement long, il fut plus d'une fois obligé de passer la nuit à la belle étoile, couché sur la terre nue, par une température de 40° à 50° Fahr. De retour chez lui, il se sentit courbaturé et accusa un malaise général qu'il mit d'abord sur le compte de la fatigue. Mais les choses allèrent en s'aggravant: il y eut céphalalgie intense avec amblyopie très marquée; douleur lombaire; augmentation de la proportion d'urine sécrétée qui était aussi rougeâtre; œdème, limité à la face d'abord, puis généralisé. Cet état dura plusieurs jours. Le 30 mai, vers midi, le malade eut une attaque de convulsions épileptoïdes qui dura cinq ou six minutes et fut suivie d'une période de coma; le soir du même jour, il était admis à l'hôpital (salle St-Jean de Dieu, No. 19). Les convulsions se répétèrent plusieurs fois dans la soirée et furent d'abord traitées par des inhalations de chloroforme et l'administration du bromure de potassium associé au chloral, en injections rectales. Le cathétérisme ayant été pratiqué, l'examen de l'urine révéla la présence de l'albumine en quantité considérable; gravite spécifique : 1010. Après le troisième accès convulsif, nous avons fait pratiquer une injection hypodermique de pilocarpine (gr. $\frac{1}{4}$) qui amena une abondante transpiration, et que nous avons fait suivre, le lendemain matin, d'une seconde injection (gr. $\frac{1}{2}$) également suivie d'une diaphorèse profuse. En même temps nous prescrivions trois gouttes d'huile de croton qui eurent pour effet de produire d'assez abondantes selles séreuses, et appliquions sur la région lombaire des ventouses scarifiées, que nous faisions suivre de fomentations chaudes. Les convulsions diminuèrent notablement d'intensité et de fréquence après la première dose de pilocarpine, et, vers le matin, sous l'effet de la deuxième dose, elles cessèrent complètement pour ne plus revenir, le malade restant néanmoins dans un coma assez profond. Ce jour-là (31 mai) l'examen de l'urine donna le même résultat que la veille; malheureusement l'examen microscopique ne put en être fait. Pouls 98, temp. 101° Fahr. Le 1er Juin, pouls 90, temp. 99°. Urine moins albumineuse; gravité spécifique: 1015. Le malade sor-

tant un peu de son coma, nous pûmes lui faire prendre du lait, ce qui a constitué sa nourriture exclusive jusqu'à ce jour. Tel que vous le voyez, il est passablement bien. L'œdème a disparu. L'urine ne donne que de faibles traces d'albumine et une gravité spécifique de 1015 à 1020. Il n'y a plus de céphalalgie; la vue est bonne. J'oubliais de vous dire que l'examen du fond de l'œil, pratiqué deux jours après l'admission du malade, alors que les convulsions avaient cessé, a révélé l'existence d'une rétinite que mon ami, M. le prof. Foucher, me dit cependant n'être pas de nature franchement albuminurique.

Quel a été, dans ce cas, le point de départ des convulsions? Très probablement une néphrite aiguë, causée elle-même par le froid auquel le malade avait été exposé! La desquamation de l'épithélium rénal a fait que l'urée n'a pu être éliminée par la voie ordinaire, s'est accumulée dans le sang et a donné lieu aux accidents épileptoïdes. Le traitement mis en œuvre dans ce cas était-il rationnel?

Dans la thérapeutique de toute maladie, nous avons à considérer d'abord la nature de l'affection elle-même; en second lieu la nature des accidents liés à cette affection. A proprement parler, l'urémie n'est pas une maladie à part, mais plutôt un symptôme. C'est aussi le cas pour l'ictère dans la plupart des cas, la céphalalgie, etc.

Ici nous avions à combattre une *maladie:* la néphrite, un *symptôme:* l'urémie, un *accident:* les convulsions. Evidemment il fallait courir au plus pressé. Les convulsions étant essentiellement liées à l'intoxication urémique, il était urgent de songer aux moyens de favoriser l'élimination de l'urée hors du système, sauf à diriger ensuite ou concurremment notre thérapeutique contre la lésion rénale. Mais, je le répète, ce qu'il importait de faire c'était de combattre l'urémie, et, par le fait même, ses manifestations redoutables: médication toute symptomatique.

Dans le cours d'une néphrite aiguë ou chronique, quand l'urée s'accumule dans le sang, la nature favorise souvent, par quelque émonctoire supplémentaire, l'élimination de la substance toxique. La plupart du temps, c'est la muqueuse gastro-intestinale qui est chargée de venir en aide aux reins malades. Nous avons alors des vomissements et de la diarrhée. Il arrive aussi parfois qu'une diaphorèse spontanée vienne jouer le même rôle éliminateur.

Ces efforts que la nature met d'elle-même en œuvre pour se débarrasser de l'urée nous mettent sous les yeux la direction à suivre dans notre thérapeutique. Il faut favoriser la diaphorèse par tous les moyens possibles, et les moyens les plus simples et les plus prompts surtout sont les meilleurs. En effet, c'est par la diaphorèse que l'on peut, en un temps donné, soustraire au sang la plus grande quantité de sérum, et par le fait même, activer l'élimination d'une plus forte proportion d'urée.

Après la diaphorèse, vient la superpurgation. Irritée par un drastique puissant, un hydragogue, la muqueuse intestinale laisse transsuder des flots de sérum, ce qui amène un effet analogue à celui de la sudation, bien qu'il soit moins prononcé.

Quant aux diurétiques, également recommandés dans ces cas, leur action est entièrement subordonnée à l'état de la circulation rénale et à la nature des lésions de l'organe sécréteur de l'urine. Ils n'agissent pas aussi promptement que les diaphorétiques et les purgatifs, mais ils ont leur raison d'être dans bon nombre de cas.

Pour produire la diaphorèse nous avons à notre disposition deux

moyens puissants : les bains chauds et l'administration de la pilocarpine. Quand l'urémie ne se déclare pas soudainement ou que les accidents éclamptiques ne sont pas menaçants, la diaphorèse peut très bien être provoquée au moyen des bains chauds. Le malade pourra être plongé dans un bain à 90° ou 98° Fahr. et y être maintenu quelques minutes, après quoi, rapidement essuyé, il est placé dans de chaudes couvertures de laine qui ont pour effet de produire une nouvelle poussée diaphorétique. Le bain peut être répété au bout de quelques heures, si besoin il y a. L'étuve, humide ou sèche, produirait le même résultat avantageux. Un mode d'administration de l'étuve sèche que je vous recommande spécialement est le suivant : le malade, dépouillé de tout vêtement, est assis, dans un fauteuil ; on jette autour de lui d'épaisses couvertures de laine, ayant soin qu'il y ait entre celles-ci et le corps du malade un certain espace, de telle sorte que le tout forme comme une petite tente dont le sommet est occupé par la tête du malade. Sous les couvertures, près du fauteuil, un récipient est placé dans lequel on dispose cinq ou six petites bougies allumées, longues d'à-peu-près deux pouces chacune. Avant que ces bougies soient entièrement consumées, le patient transpire déjà très abondamment. Cet appareil, tout simple, comme vous le voyez, peut remplacer le bain d'eau chaude. Il a l'avantage d'être d'une application facile, et aussi d'être à la portée de tous. Vous y aurez recours à l'occasion.

La pilocarpine est considérée par Tyson, de Philadelphie, et plusieurs autres, comme le meilleur agent à employer pour combattre l'urémie. Vous savez que cet alcaloïde, administré hypodermiquement, amène une diaphorèse abondante au bout de trois ou quatre minutes. Cette diaphorèse dure, en moyenne, deux ou trois heures. Elle peut être provoquée par des doses assez peu élevées de l'alcaloïde : gr. $\frac{1}{20}$ ou $\frac{1}{10}$; dans ce cas-ci nous avons administré un quart de grain afin de produire un effet plus certain et plus marqué. On a avancé, dernièrement, que la pilocarpine convenait spécialement au traitement de l'urémie en vue du fait que la sueur qu'elle provoque renfermerait, paraît-il, plus d'urée que le même liquide produit dans les circonstances ordinaires. En outre, la pilocarpine portant simultanément son action sur d'autres glandes, v.g. salivaires, bronchiques, etc., elle doit, par le fait, activer davantage l'élimination de l'urée.

La superpurgation peut être provoquée, soit par les drastiques, soit par les simples cathartiques. Vous choisirez de préférence ceux dont l'action est la plus prompte et qui produisent des selles plus riches en sérum. Parmi les drastiques vous aurez à choisir entre l'huile de croton et l'élatérium. Les purgatifs salins et en particulier le sulfate de magnésie agiront moins énergiquement, mais, si le cas ne presse pas trop, ils auront l'avantage de ne pas affaiblir outre mesure votre malade, tout en produisant des selles aqueuses abondantes. M. Dujardin-Beaumetz est en faveur de ce mode de traitement des accidents urémiques. " Quelles que soient, dit-il, les hypothèses que l'on ait émises pour expliquer le mécanisme intime de l'urémie, il n'en résulte pas moins ce fait, c'est que lorsque les reins sont devenus imperméables à l'excrétion des matières solides, et particulièrement des matériaux azotés, l'intestin paraît être la voie la plus commode ou la plus favorable à l'excrétion de ces matériaux."

Vous avez pu voir que nous n'avons pas, dans le cas qui nous occupe, eu recours à l'administration des diurétiques. En aurions-nous retiré

un grand bénéfice ? Laissez-moi vous avouer qu'il y a raison d'en douter. Il ne fallait toujours pas songer aux diurétiques sécrétoires, c'est-à-dire à ceux qui ont pour effet de stimuler l'irritabilité sécrétoire du rein, et de le congestionner plus ou moins. Dans le cas d'une phlegmasie rénale aiguë, ces diurétiques sont contr'indiqués. Restent les diurétiques vasculaires : digitale, scille, convallaria, stigmates de maïs, etc. ; mais leur action eut ici été trop lente, encore qu'elle eut pu être efficace. On les doit réserver pour des cas moins pressants.

A quelques mesures que vous ayez eu recours pour faire éliminer l'excès d'urée, il vous faut les continuer au moins jusqu'à disparition des accidents les plus alarmants

Une fois les convulsions calmées et la connaissance quelque peu revenue, vous mettez votre malade à une diète exclusivement lactée, en même temps que vous entretenez la moiteur de la peau par l'usage d'épaisses couvertures de laine et par une température ambiante convenable. Les bromures, associés ou non au chloral, auront aussi leur place à cette période, comme sédatifs de la moëlle et des phénomènes réflexes.

COMMUNICATION

Messieurs les Rédacteurs,

Dans le No. du mois d'avril dernier de l'*Union Médicale,* on se plaint avec raison du trop grand nombre de charlatans qui soignent impunément. Tous les jours, en effet, on entend parler d'individus qui ne se gênent nullement de pratiquer l'art de guérir, et de rire au nez des médecins. Si la loi est impuissante à atteindre ces effrontés dans tous les cas, dans d'autres, il serait très facile de les punir. Pourquoi ne le fait-on pas ? Parce que le Bureau des Gouverneurs a adopté un mauvais système de répression.

Un agent, à qui on laisse tout le contrôle et tout le profit en ces matières, a plus de souci de veiller à ses propres affaires qu'à protéger les intérêts des médecins. Tel individu est trop pauvre pour payer, l'agent n'a rien à en espérer, il le laisse tranquille. Tel autre aura un autre moyen à sa disposition, et évitera ou retardera la punition, comme cela s'est vu à Sherbrooke et ailleurs. Et puis, la manière parfois plus ou moins courtoise, que l'agent peut employer envers les médecins qui portent une plainte, les dégoûtera d'en porter de nouvelles ; ils aimeront mieux souffrir les charlatans qu'endurer les tracasseries d'un agent.

N'y aurait-il pas moyen de remédier à cet état de choses ? Bien facilement, il me semble. Au lieu d'avoir un agent attitré qui regarde à sa bourse avant tout et surtout, pourquoi le Bureau des Gouverneurs ne nomme-t-il pas une commission de deux médecins ou plus qui seraient chargés d'examiner les plaintes, et qui y donneraient lieu, s'ils le jugeaient à propos. Le Collége des Médecins et Chirurgiens profiterait du montant des amendes imposées, et pourrait employer le surplus des dépenses à poursuivre les charlatans qui seraient trop pauvres pour payer les frais. De cette manière les médecins seraient protégés plus efficacement.

Ou bien, ce qui serait peut-être préférable, comme me l'a suggéré un confrère, au lieu de ne former qu'une seule commission, pourquoi ne pas en nommer une dans chaque chef-lieu judiciaire? Tous les médecins d'un district ont affaire au chef-lieu, et pourraient porter leurs plaintes verbalement, et donner des informations plus détaillées qu'on ne pourrait le faire sur une simple lettre. Aussi, quant il s'agit d'écrire, plusieurs remettent de jour en jour, et souvent on finit par ne plus penser au charlatan qui a commis l'offense.

Une autre chose qui aurait son avantage, et qui ne doit pas dépasser les pouvoirs des Gouverneurs, serait, si l'on ne peut obtenir plus, de forcer les sages-femmes qui ont un certificat d'un médecin licencié, ou mieux encore le médecin qui a donné ce certificat, d'en notifier le Régistrateur ou le Secrétaire du Bureau. De cette manière, nous ne serions pas dans l'incertitude de savoir si telle sage-femme a le droit de pratiquer ou non, incertitude qui paralyse souvent les effets de la loi

Puisque nous en sommes sur les suggestions, le Bureau des Gouverneurs ne pourait-il pas trouver, parmi les membres de notre profession, un agent à qui l'on remettrait les contributions? Est-ce qu'il n'y a pas, parmi nous, quelqu'un qui serait capable de remplir cette charge d'une manière satisfaisante, sans que nous ayons recours aux professions étrangères? Messieurs les avocats et messieurs les notaires font les choses en famille, et ils font bien; il n'y a que nous, médecins, qui allons emprunter ailleurs ce que nous pourrions trouver facilement chez nous.

En vous remerciant, messieurs les Rédacteurs, de votre obligeance,

Je demeure votre très humble

Dr J. Lippé.

St-Ambroise de Kildare.

Traitement des abcès ossifluents.—Voici la méthode par laquelle le professeur Verneuil traite les abcès de cette catégorie. Il vide la cavité de l'abcès à l'aide de l'appareil de Potain, puis il injecte le liquide suivant:

Ether sulfurique.....	100 grammes.
Iodoforme.....	5 —

Il renouvelle l'injection tant que le liquide se reproduit. La quantité de liquide injecté varie, cela va sans dire, avec l'étendue de la poche; mais, d'une façon générale, on ne devra guère dépasser 20 grammes de la solution. Une injection trop forte a déterminé quelques phénomènes d'intoxication sur une des malades traitées. Les résultats jusqu'ici paraissent favorables: le liquide se reproduit en quantité de plus en plus faible; l'état général devient meilleur, l'appétit, les forces renaissent, et les malades se rendent compte eux-mêmes de l'amélioration survenue. Dans un cas où la peau, rouge et amincie, menaçait de se rompre, ce traitement a suffi à lui faire reprendre ses caractères normaux.—*Semaine médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la maladie de Thomsen.—La dénomination de "maladie de Thomsen" semble aujourd'hui acquise à une affection spasmodique qui, jusqu'à ces derniers temps, avait échappé à l'attention des cliniciens, et n'a réellement pris place dans la nosographie que depuis quatre ou cinq ans.

I—Le symptôme essentiel, qui, se retrouvant dans toutes les observations, caractérise la maladie de Thomsen, c'est "la *raideur spasmodique* de certains muscles, survenant au moment d'exécuter un mouvement; ce phénomène est accompagné d'une sensation spéciale à laquelle le malade ne se trompe pas, sensation de contraction spasmodique du muscle, mais sans ce caractère douloureux, quelquefois très développé, qui accompagne généralement les crampes chez les individus sains. Ce qui gêne surtout le malade, ce n'est donc pas cette sensation, mais bien l'impotence fonctionnelle causée par cet état spécial du muscle" (Ballet et Marie).

Cette raideur est, autre caractère capital, transitoire; elle disparaît quand le mouvement a été accompli nn certain nombre de fois, et celui-ci s'effectue dès lors comme à l'état normal.

Ces convulsions toniques, comme les appelle Erb, varient d'ailleurs d'intensité et de fréquence, chez le même individu, suivant les conditions où il se trouve. Ainsi les émotions morales, l'attention exagérée des malades, la présence de personnes étrangères, le froid enfin, accusent le mal; la chaleur, l'exercice modéré, la sérénité d'esprit, auraient une influence opposée sur ce trouble fonctionnel.

Le siège de cette raideur musculaire n'est pas constant. Le plus souvent ce sont les muscles des membres qui sont atteints; ainsi, tel individu, au moment de se lever de son siège, sent ses jambes ou ses mollets engourdis, comme "enchaînés," ce qui ne lui permet pas d'exécuter facilement le mouvement voulu: au bout de quelques secondes, surtout s'il masse légèrement les muscles, il peut marcher et même courir sans la moindre difficulté.

Tel autre n'arrive à étendre le membre supérieur fléchi qu'au prix d'un certain effort prolongé pendant quelques instants. Aussi divers exercices peuvent-ils être singulièrement entravés; dans la danse, au gymnase, au piano, les malades montrent une grande maladresse qui leur attire de vifs reproches, comme cela se voit au début de la chorée. Il est plusieurs observations où, de ce fait, des militaires durent être réformés.

Lorsque, et ce cas n'est pas exceptionnel, les muscles de la langue sont atteints, la parole est, au début du discours, ralentie et hésitante, surtout pour les mots qui nécessitent des mouvements quelque peu étendus de la langue; dans une observation de M. Charcot, il se produisait une constriction spasmodique du larynx qui gênait la phonation.

Fréquemment enfin, la face n'est pas indemne; lorsque le malade rit fort, les muscles faciaux, en état de crampe, conservent pendant quel-

ques instants le mouvement du rire; lorsqu'il ferme fortement les yeux, il éprouve une certaine difficulté à les ouvrir; au commencement du repas, la mastication et même la déglutition peuvent être entravées.

A côté de ce phénomène essentiel, la *crampe musculaire initiale et transitoire*, s'en placent d'autres, mais beaucoup moins constants. Ainsi, dans un grand nombre d'observations, on a noté une hypertrophie notable des masses musculaires. Chez le malade de Leyden, par exemple, la musculature était "athlétique"; mais souvent aussi on n'a rien trouvé d'anormal à cet égard.

De même, il a été plusieurs fois signalé une augmentation plus ou moins marquée dans la consistance des muscles (Seeligmüller, Weichmann), qu'on a pu comparer, pour leur rigidité, à du bois, à de la pierre.

L'excitation mécanique des masses musculaires ou des tendons a donné des résultats très variables; tantôt, et le plus souvent, rien de notable; dans quelques cas, on a constaté une exagération très sensible de la contractilité idio-musculaire (Weichmann).

Les modifications de l'excitabilité électrique n'ont été étudiées avec la méthode que l'on doit apporter aujourd'hui à ce genre d'investigation que dans un petit nombre de cas; aussi n'est-il pas encore possible de se prononcer à cet égard. Cependant un fait important a été signalé dans cinq ou six observations: "c'est la persistance, après l'excitation faradique, soit de la contraction faradique, soit de la contraction elle-même, soit de bourrelets ou d'ondes musculaires qui indiquent un état actif du muscle pendant quelques instants" (Ballet et Marie).

Quant aux réflexes tendineux, ils ont été trouvés le plus souvent normaux, et, dans les cas où il en était autrement, les variations ne semblent pas avoir été beaucoup plus accusées que cela ne se voit, dans les conditions physiologiques, chez des individus réputés sains.

Parmi les phénomènes négatifs, il importe de noter l'intégrité de la force musculaire, et aussi de la sensibilité dans tous ses modes. Ces deux caractères, à eux seuls, permettent de différencier la maladie de Thomsen des états morbides avec lesquels elle pourrait être confondue à un examen superficiel, comme les crampes liées à certaines intoxications, ou la paralysie pseudo-hypertrophique.

II—Nous venons de voir que, à certaines nuances symptomatiques près, le tableau clinique est toujours le même. A deux autres points de vue, les observations recueillies, par la remarquable similitude qu'elles présentent, justifient l'autonomie concédée aujourd'hui à la maladie de Thomsen dans la nosographie. Nous faisons allusion à l'époque d'apparition des troubles moteurs, qui est constammant l'enfance, et à l'influence héréditaire, plus frappante ici que dans n'importe quelle affection.

Ce n'est, il est vrai, que dans la seconde enfance ou dans l'adolescence que les malades, d'ordinaire, viennent consulter le médecin, alors que les troubles musculaires causent une gêne notable dans un exercice, comme la gymnastique ou la danse, ou les rendent impropres à une profession manuelle, au métier militaire. Mais, quand on interroge leurs souvenirs, on constate que, dans la grande majorité des cas, pareils phénomènes ont existé dès les premières années de la vie. Le plus souvent, la maladie paraît avoir débuté d'une façon insidieuse; cependant quelques malades la font remonter à une cause accidentelle, comme une frayeur (cas de Peters, de Schönfeld); mais comme on ne peut

accorder qu'une médiocre créance aux souvenirs des enfants et même des parents, il est fort possible que ces influences psychiques n'aient fait qu'accentuer un état morbide antérieur.

Est-ce à dire, cependant, qu'il s'agisse, comme le pensent beaucoup d'auteurs, d'une affection congénitale ? Bien que Thomsen ait pu l'observer chez un de ses enfants au berceau, cette assertion ne laisse pas que d'être fort aventurée. Hypothèse pour hypothèse, on est en droit de se demander si la maladie n'est pas contemporaine de la paralysie infantile, qui, n'était son mode d'invasion brusque, et les phénomènes généraux qui éveillent l'attention des parents, pourrait fort bien rester méconnue pendant quelque temps.

Quant à l'influence héréditaire, elle s'affirme, en caractères des plus nets, dans presque toutes les observations. L'histoire de la famille de Thomsen est particulièrement instructive à cet égard. Sa bisaïeule est morte de manie puerpérale ; elle avait deux sœurs qui présentaient des troubles psychiques, et un fils, le grand-père de Thomsen, faible d'esprit. Ce fils eut quatre enfants, qui tous furent atteints à des degrés divers de raideur musculaire. L'un d'eux, la mère de Thomsen, vit la maladie se produire sur sept de ses treize enfants. Enfin, dans la cinquième génération, celle des enfants et neveux de Thomsen, elle persistait encore, mais beaucoup plus atténuée, ne frappant que six individus, dont trois très légèrement, sur trente-six. Des cinq fils de Thomsen, un seul resta indemne.

Pour être moins probants, les autres faits n'en corroborent pas moins les conclusions qui découlent de cette remarquable observation ; ici on retrouve la même affection chez le grand-père, ici chez le père, ici chez un frère ou une sœur, ici enfin chez deux frères et sœurs, comme dans le cas de Strümpell.

Enfin, dans certaines observations où semblables commémoratifs font défaut, on trouve, chez les ascendants des malades, d'autres états névropathiques, comme l'épilepsie.

En dehors de l'influence héréditaire, nous n'avons aucune donnée étiologique précise, sauf la prédominance très marquée du sexe masculin ; presque toutes les observations, en effet, concernent des hommes.

III—Dans l'état actuel de la science, on ne peut que formuler des hypothèses en ce qui concerne la nature de cette singulière affection.

Les auteurs se partagent, à cet égard, en deux camps, suivant qu'ils placent l'origine de la maladie dans le système nerveux central ou dans l'appareil névromusculaire périphérique.

Les uns, comme Seeligmüller, Erb, croient à une affection médullaire, siégeant vraisemblablement au niveau des cordons latéraux. L'intégrité, constatée à plusieurs reprises par l'examen microscopique du tissu musculaire, semble plaider en faveur de cette interprétation. Mais, d'autre part, l'extension du processus à une certaine étendue du système moteur volontaire, le caractère transitoire de la crampe musculaire, enfin les réactions électriques, pourraient être invoqués, comme le font remarquer Ballet et Marie, à l'appui de la seconde hypothèse, celle qui assigne à l'affection une origine périphérique.

Mais doit-on, avec Petrone, admettre un trouble de conductibilité en un point quelconque du trajet entre le cerveau et la plaque nerveuse motrice ? Faut-il, avec Westphal, invoquer une perversion congénitale du tonus musculaire liée à l'hypertrophie des muscles ? Le plus sage

serait peut-être de s'en tenir provisoirement à la conception de Mœbius, quelque vague qu'elle soit. Frappé des rapports que la maladie de Thomsen présente avec la paralysie pseudo-hypertrophique, hypertrophie musculaire, nature héréditaire de l'affection, prédominance du sexe masculin, cet auteur la range "parmi les affections systématiques primitives de l'appareil moteur volontaire, qui, comme la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie simple, ne peuvent être disjointes des maladies du système nerveux."

Disons, en terminant, qu'à notre connaissance, cette affection s'est toujours montrée rebelle à la thérapeutique ; si elle ne compromet jamais l'état général, elle n'en constitue pas moins une infirmité pénible qui ne laisse pas parfois d'influer sur le moral des individus qui en sont atteints.—L. DREYFUS-BRISAC, in *Gazette hebdomadaire.*

Traitement de la dysenterie.—Dans une thèse très complète qu'il vient de soutenir à Montpellier, le Dr Bigand expose ainsi les données pratiques relatives à la dysenterie :

La dysenterie n'est pas simplement une inflammation du tube intestinal, comme l'ont prétendu certains auteurs, mais bien une maladie à localisation intestinale, pouvant revêtir diverses formes suivant les climats, les constitutions médicales, les tempéraments.

Elle est due à la présence d'un ferment organique qui se développe habituellement sous l'influence des températures élevées, jointe à une humidité considérable de l'atmosphère. Ce ferment nait des matières animales en putréfaction, se retrouve dans les selles des dysentériques, et peut se transmettre ainsi de l'homme malade à l'homme sain.

Les épidémies de dysenterie se produisent lorsque ce ferment rencontre des organismes préparés à son développement, et dont les forces de résistance ont été épuisées par les fatigues excessives, la mauvaise alimentation, l'anémie résultant soit de ces causes, soit des maladies antérieures. Les soldats de campagne, les marins, les Européens en général non acclimatés dans les pays chauds, sont plus susceptibles de subir ces diverses influences, et par suite plus accessibles au virus dysentérique.

Les variations brusques de température, les excès de régime, les aliments irritants, etc, sont souvent des causes occasionnelles ; mais elles sont incapables à elles seules de produire la véritable dysenterie.

La prophylaxie découle de l'étiologie.

Quant au traitement rationnel de la maladie elle-même, il ne doit s'astreindre qu'aux indications, et non pas à une médication exclusive.

La conduite à tenir est la suivante :

1° DÉBUT.— *a*,— Forme inflammatoire intense.—Antiphlogistiques ; mais manier les émissions sanguines avec grande réserve et beaucoup de modération.

b.—Forme catarrhale ou bilieuse avec état saburral des premières voies, sans éréthisme circulatoire.—Vomitif avec l'ipéca.

c.—L'état saburral des premières voies, avec éréthisme circulatoire, le pouls étant toutefois dépressible, n'indique ni les vomitifs, ni les antiphlogistiques, mais la médication par le calomel.

2° ÉTAT. — Les selles fréquentes, glaireuses, sanguinolentes, sans fèces, indiquent la médication purgative.

a.—Pas d'éréthisme circulatoire : — Sels neutres à faibles doses, répétées jusqu'à diarrhée franche.

b.— Eréthisme circulatoire faible : ipéca à la brésilienne.

c.—L'éréthisme circulatoire plus accentué, mais n'indiquant pas les émissions sanguines, ou persistant encore en partie après ces dernières, contrindique au contraire; calomel à doses fortes réfractées chez l'adulte, à doses faibles (méthode de Law) chez les enfants.

3° DECLIN.—Selles diarrhéiques : —Modérer progressivement la diarrhée.—Sous-nitrate de bismuth ; plus tard, astringents.

Si la diarrhée persiste :—Cathérétiques.

S'il y a adynamie, excitants diffusibles. Il faut toujours, pour calmer la douleur, préférer les préparations de belladone à celles d'opium, qui constipent.—*Rev. de thérap. méd.-chir.*

Des abus sexuels : masturbation, onanisme, excès vénériens.— Extraits d'une clinique de M. le professeur T. PARVIN, au *Jefferson Medical College*, Philadelphie.—On peut dire, je crois, en toute vérité, qu'il n'y a aucun point de l'organisme humain sur lequel hommes et femmes soient plus ignorants que celui des organes sexuels et du soin à apporter aux fonctions dévolues à ces organes. Cette ignorance, loin d'être un bonheur, est au contraire une source féconde de calamité, de maladie, de crime et de chagrin. Il est donc important que vous soyez bien au fait de ces questions.

Les abus sexuels peuvent être classés sous trois titres : rapports contre-nature, illicites et excessifs.

Par rapports contre-nature, l'on comprend la satisfaction des désirs vénériens par des moyens autres que ceux indiqués par la nature.

Ces moyens sont de divers genres, il est vrai, mais celui que l'on rencontre le plus souvent est à coup sûr l'abus de soi-même (*self-abuse*), que l'on appelle encore souvent onanisme, bien que cette expression soit très incorrecte, étant employée pour qualifier certains actes commis entre homme et femme. Comme l'instrument généralement employé pour accomplir cet acte est la main, on l'a nommé aussi masturbation. Ce vice se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. En dehors de toute considération purement morale, il y a, je crois, une explication physiologique à donner à ce fait : c'est que chez la femme l'acte sexuel est ordinairement passif; la femme peut s'abstenir des plaisirs vénériens beaucoup plus facilement que l'homme. D'après mes observations, je crois que la masturbation est même très rare chez les femmes et les filles. D'un autre côté, je pense que peu de garçons, surtout de ceux qui ont passé par les pensionnats, sont tout-à-fait exempts de ce vice. La masturbation est rarement un acte spontané ; je n'ai du moins jamais vu un seul cas qui le fut. Si j'en crois mon expérience, le garçon ou la fille n'a été mis au courant de cette pratique que par l'exemple ou au moins par les conseils et les explications d'un compagnon ou d'une compagne, la plupart du temps d'un âge plus avancé. En général, la masturbation est bientôt abandonnée, soit parce que le sujet se dégoûte de lui-même d'un acte aussi sale et aussi repoussant, soit par suite des remontrances d'un père, d'un ami ou d'un médecin. Mais d'autres persistent, malheureusement, et à leur grand détriment, tant physique qu'intellectuel et moral. La masturbation est encore plus préjudiciable que les rapports sexuels, surtout parce qu'elle se répète plus souvent et qu'elle réagit davantage sur l'esprit. Pour combattre l'onanisme chez les jeunes gens,

il faut leur faire connaître les besoins de leur nature par des moyens autres que la lecture de livres infâmes et l'expérience de compagnons plus infâmes encore ; cet enseignement peut être donné par un père ou par un maître ; il faut en outre de l'occupation pour l'esprit et de l'exercice pour le corps, une diète simple, de la propreté. Enfin l'imagination a besoin d'être contrôlée ; le sujet aura soin d'éviter la lecture de tout ouvrage obscène, de même que la vue d'images ou de spectacles impurs, et la compagnie d'amis dissolus. A un jeune homme de dix-sept ans qui s'adressait à son médecin, se plaignant de douleurs dans les testicules, celui-ci répondit : " Si j'étais votre père, je vous ferais fendre du bois durant une heure ou deux, chaque jour."

On garde trop volontiers le silence sur certaines choses qu'il importe beaucoup de savoir en ce qui concerne les fonctions sexuelles. L'homme, le jeune homme surtout, ignore trop la véritable nature de la femme, de là de très nombreuses erreurs. Par exemple, la femme romaine que le jeune homme a connue en lisant Juvénal n'est pas la femme d'aujourd'hui. Le jeune homme qui croit la femme en tout point semblable à lui-même en ce qui concerne la passion sexuelle se trompe du tout au tout et ce n'est pas sans danger. S'il en connaissait la véritable nature, il saurait mettre un frein à ses pensées érotiques et à ses désirs sensuels, au lieu de leur donner champ libre. Il est très heureux pour la vertu de la femme que celle-ci ne soit pas la contre-partie de l'homme.

Supposons un adolescent qui éprouve occasionnellement des pollutions nocturnes. Cela indique-t-il que la masturbation ou le coït illicite soit nécessaire ? Non, mille fois non !

Nos rêves sont, en partie, déterminés par les idées qui nous viennent à l'état de veille, par ce que nous voyons et entendons, par ce que notre esprit a conçu—il y a déjà longtemps, peut-être,—et par ce sur quoi nous arrêtons volontairement notre pensée. Chassons loin de notre esprit toutes les pensées et les images lascives, et nos rêves seront moins aptes à prendre un caractère impur et érotique.

Il faut bien se rappeler que le centre d'activité génitale est placé dans la région lombaire de la moëlle, tandis que le centre d'excitation se trouve dans le cerveau. En outre, le fluide séminal n'est pas une sécrétion bien *dispendieuse ;* ce n'est pas tant la perte de liquide que l'excitation nerveuse, le choc nerveux accompagnant l'acte vénérien ou tout autre acte, qui, dans l'onanisme ou la copulation trop fréquente, épuise profondément le malade. Les pertes séminales involontaires se montrant occasionnellement durant le sommeil ne doivent donc pas être regardées comme constituant une affection bien grave.

Je ne puis ici stigmatiser trop énergiquement la conduite de certains médecins qui conseillent aux jeunes gens la fréquentation des maisons de débauche dans le but de soulager cette sécrétion d'une manière normale. Ce n'est pas en cédant à la passion que l'on pourra la vaincre. Cela peut être un moyen aussi facile qu'attrayant de vaincre l'obstacle du moment, mais on ne tarde pas à s'apercevoir que peu à peu le tigre a fini par briser sa chaîne, qu'il devient impossible de l'arrêter dans sa course et qu'il va tout dévorer sur son passage. Le jeune homme a-t-il droit, d'ailleurs, de demander à la jeune fille qu'il courtise une vertu qu'il n'a pas lui-même ? Souvent la syphilis n'est-elle pas là, guettant sa proie, et une seule visite à une prostituée ne peut-elle pas empoisonner le

sang de telle sorte que le malheureux n'aura plus qu'à communiquer à sa femme et à sa postérité une maladie qui ne cessera qu'avec la vie? Bien plus, les satisfactions illicites que l'homme se sera ainsi données auront grande chance de réagir sur ses enfants d'une manière terrible, déplorable héritage de chagrins et de malheur !

J'ai eu occasion d'observer un cas où la perfidie d'un séducteur ayant fait tomber sa victime dans l'abîme de la prostitution et de la maladie, la malheureuse, réduite au désespoir, mit une joie infernale à attirer dans ses filets tous les jeunes gens qu'elle put rencontrer, se vantant ensuite hautement de leur avoir à tous communiqué la syphilis ! De quelle cruelle vengeance n'était-ce pas là punir le sexe de celui qui l'avait séduite !

Luther disait qu'il n'était pas en lui d'empêcher qu'il ne fût un homme, et qu'il ne pouvait vivre sans femme, celle-ci lui étant plus nécessaire que le boire et le manger. Mais il a été prouvé plus d'une fois, et cela par les hommes les plus distingués et les plus éminents, que l'homme peut vivre sans se livrer au coït. Sir Isaac Roothe, Kent, Pascal, Beethoven et Fontenelle en sont d'illustres exemples. A ses amis qui le pressaient de se marier, Michel-Ange répondait : " La peinture est une amante jalouse et qui ne souffre pas de rivale." Si ces hommes ont pu de la sorte passer leur vie sans se livrer au coït, et quelques-uns d'entre eux ont atteint un âge très avancé, assurément le jeune homme peut bien attendre quelques années, afin de pouvoir satisfaire sa passion d'une façon légitime. Que l'homme reste sourd à la voix des désirs illicites, et se laisse lier plutôt par le devoir, la raison et la conscience.

Mais le mariage vient bientôt, et heureux est-il si c'est réellement un mariage d'amour, "dans lequel toutes les pensées, toutes les passions, toutes les pures jouissances pouvant animer notre humaine nature ne sont que les ministres de l'amour dont elles entretiennent le feu sacré." Ces paroles s'appliquent plus particulièrement à la femme. Chez elle, l'amour bat dans chaque pulsation, vibre dans chaque nerf et dans chaque fibre de son être ; sa vie n'est qu'amour. Elle se donne à celui qu'elle aime véritablement. S'il vous arrive de lire l'histoire de jeunes filles séduites, de celles qui, comme on le dit ordinairement, ont trop aimé pour aimer sagement, vous trouverez que dans la plupart de ces cas elles ont cédé aux désirs de leurs séducteurs, non dans un paroxysme de passion sensuelle, mais parce qu'elles aimaient et se confiaient de tout cœur ; elles sont tombées parce qu'elles cherchaient à satisfaire les désirs d'un autre et non leurs propres désirs. Je ne crois pas que sur cent femmes bien élevées, sensibles et délicates, il y en ait une seule qui accepte le mariage avec le désir de satisfaire l'appétit sexuel. Quand elle songe à tout ce qui l'attend, si elle y songe du tout, ce n'est qu'avec appréhension, souvent avec frayeur plutôt qu'avec plaisir. Heureuse l'union dans laquelle l'homme comprend la véritable nature de la femme.

D'un autre côté, que de femmes sont rendues malheureuses par le mari pour qui la copulation est le but le plus élevé du mariage, et qui estime que sa femme doit être également passionnée dans ses rapports avec lui ! C'est une erreur de supposer que les signes extérieurs d'amitié, les baisers et les embrassements affectueux d'une épouse sont en général l'expression des désirs sexuels. Une dame d'un esprit aussi distingué

que cultivé, mère de cinq enfants et aimant beaucoup son mari, me disait à moi-même : " Que de fois, nous, épouses, prodiguerions nos caresses à nos maris, si nous n'en connaissions pas les conséquences inévitables ! " Je sais que j'ai raison, ici, pour ce qui concerne la nature de la femme, et je suis certain que si les hommes en général en étaient aussi convaincus, il y aurait moins de libertinage, la vie conjugale serait plus pure et plus heureuse, et la femme jouirait d'une meilleure santé. Car, que de femmes sont malheureuses, tant physiquement que moralement, par le fait des excès sexuels et des brutalités de leurs maris !—*College and Clinical Record.*—(*A suivre*).

Accidents gastro-intestinaux de la tuberculose.—Il n'est pas très rare de voir la tuberculose pulmonaire débuter par des accidents gastro-intestinaux qui peuvent, à cette période initiale de la maladie, donner le change sur sa vraie nature et induire à un pronostic erroné. Un exemple de ce genre s'est présenté tout récemment dans le service de M. le professeur Potain, à l'hôpital Necker. Une jeune fille, d'assez bonne apparence d'ailleurs, sortait, il y a quelques jours, de l'hôpital, sinon guérie complètement de l'affection pour laquelle elle y était entrée, du moins très améliorée. Voici en quelques mots son histoire. Il y avait environ seize mois qu'elle était souffrante ; sa maladie avait débuté d'une manière très insidieuse : elle avait d'abord éprouvé des douleurs de ventre, avec un état général de malaise, de l'inappétence, de la fièvre et de la transpiration. A son entrée à l'hôpital, on constate la persistance des troubles gastro-intestinaux qu'elle avait eus jusque-là chez elle, mais il s'y était joint, depuis quelque temps, de la toux, avec accablement et malaise général. A l'examen de la poitrine, on trouve une diminution notable de la sonorité au sommet du poumon gauche, avec des craquements humides, expectoration caractérisque, mouvement fébrile modéré, etc. Sous l'influence du repos et du régime auquel elle a été soumise pendant son séjour à l'hôpital, les phénomènes gastro-intestinaux ont disparu, la fièvre et la toux se sont modérées, la malade a repris un peu de forces et d'embonpoint, et elle est sortie en grande partie rétablie, mais sans qu'on puisse conclure à la probabilité d'une guérison définitive. Tout porte, au contraire, à penser que ce n'est là qu'une étape de la maladie qui, sous l'influence de nouvelles causes déprimantes, reprendra un jour ou un autre son cours interrompu.

Voilà donc un exemple très en raccourci d'un cas de tuberculose pulmonaire qui ne s'est révélée qu'après une phase en quelque sorte prodromique, assez longue, de symptômes gastro-intestinaux.

M. Potain, à propos de ce fait, a énoncé quelques généralités déduites des autres faits du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer.

Tantôt, a-t-il dit, les accidents gastro-intestinaux semblent exister seuls et constituer à eux seuls toute la maladie, comme dans le fait dont il vient d'être question. Tantôt, au contraire, ils ne sont que concomitants et accessoires. Ces accidents sont nombreux et variés, ce sont des phénomènes de dyspepsie ou de gastralgie, des vomissements, de la diarrhée, des coliques, des hémorrhagies intestinales. Les plus fréquents de tous sont les symptômes stomacaux : diminution de l'appétit avec affaiblissement général. Ils constituent presque la règle. Aussi, lorsqu'on les constate, doivent-ils inciter à chercher plus avant les lésions dont ils peuvent procéder. L'anorexie, surtout, devient un

élément d'aggravation considérable. La tuberculose, comme presque toutes les maladies qui viennent du dehors, les maladies parasitaires notamment, est d'autant plus grave qu'elle se développe et évolue sur un malade qui s'y prête davantage par le mauvais état de ses fonctions de nutrition.

Après l'anorexie, l'un des groupes de phénomènes qui méritent le plus l'attention chez les tuberculeux, ce sont les phénomènes dyspeptiques. L'anorexie n'implique pas toujours la dyspepsie. Tels sujets anorexiques digèrent très bien les aliments qu'ils ont pris d'ailleurs sans goût ou même avec une certaine contrainte. Mais il est des sujets, au contraire, qui, pourvus d'ailleurs d'un très bon appétit, digèrent très mal où mettent un temps infini à digérer.

La dyspepsie a, en outre, de très fâcheuses conséquences; elle augmente la toux et la dyspnée. Elle provoque, par action réflexe, une toux qui n'est autre que la toux gastrique; mais il ne faut pas s'y fier et se laisser aller à une fausse sécurité sur ce nom de toux gastrique, à moins que par des examens réitérés on n'ait pas constaté l'absence absolue de lésion pulmonaire. Cette toux, à son tour, provoque le vomissement.

Il n'est pas rare, en outre, de voir, chez des individus absolument indemnes de turbercules, survenir, sous l'influence de la dyspepsie, de véritables accès de dyspnée.

Il survient souvent sous l'influence de la dyspepsie et par suite de l'insuffisance de la nutrition générale, peut-être aussi par des actions réflexes exagérées, une irrégularité dans la circulation pulmonaire, une sorte d'ischémie pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la circulation dans l'artère pulmonaire; d'où la dyspnée et parfois aussi des crachements de sang. La dyspepsie devient ainsi un élément d'aggravation de la maladie tuberculeuse, par l'ischémie ou l'anémie pulmonaire qui est aussi, comme on le sait, l'une des causes de la manifestation de la tuberculose.

Cette double circonstance de la provocation de la toux et de la dyspnée par la dyspepsie fait de celle-ci un élément grave de complication de la tuberculose.

Les vomissements très fréquents, comme tout le monde le sait, chez les tuberculeux, quoique moins graves peut-être par eux-mêmes que l'anorexie et la dyspepsie, peuvent néanmoins devenir très fâcheux: ils sont le plus souvent un effet par action réflexe de la toux; mais ils ont quelquefois une autre cause, c'est l'hypertrophie des ganglions bronchiques qui compriment le pneumo-gastrique. Enfin ils sont, dans quelques circonstances, l'effet direct d'une altération de la muqueuse gastrique, de son ramollissement atrophique, par exemple.—*Gaz. hôp.*

De l'ergot de seigle dans le delirium tremens. par M. Arnoldow.—Le docteur Arnoldow rapporte l'observation d'un malade atteint d'hémoptisie et présentant des menaces de *delirium tremens*.

Le chloral avait été donné contre l'insomnie sans qu'aucun résultat eût été obtenu. Après l'emploi de l'ergotine, non seulement l'hémorhagie cessa, mais les symptômes d'alcoolisme aigu rétrocédèrent.

Ce résultat heureux engagea l'auteur à recourir à l'ergotine dans d'autres cas de *mania a potu*, et dans tous, le *delirirum* fut rapidement enrayé par l'emploi du médicament.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des injections intra-vésicales.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker (1).—L'action mécanique des injections intra-vésicales ne vise en général que l'évacuation, le nettoyage de la vessie. Elle s'exerce à peu près exclusivement sur le contenu. On a tenté pourtant, dans un certain nombre de cas, de diriger également une *action mécanique sur les parois du réservoir urinaire.*

Vous savez que la vessie est douée, dans les conditions normales, d'une remarquable extensibilité. Il est facile à tout individu bien portant de rester, la nuit, huit heures et plus sans uriner et de conserver par conséquent dans sa vessie 4 ou 500 grammes d'urine. Cette heureuse propriété se trouve singulièrement compromise dans le plus grand nombre des affections qui atteignent la vessie. La *fréquence des mictions* en est le témoignage immédiat, et cette fréquence persiste autant que la lésion même dont elle traduit l'existence. Mais il arrive parfois qu'elle reste aussi grande après la guérison apparente, sinon réelle, de la lésion. Il semble que la vessie, habituée à revenir sur elle-même, ait perdu son élasticité, qu'elle se soit rapetissée, raccornie pour ainsi dire. On s'est demandé, et la question devait naturellement se présenter à l'esprit, si, dans cet état de choses, on ne pourrait pas la soumettre à la *dilatation progressive par des injections*, comme on le fait par des bougies pour les rétrécissements de l'urèthre. Peut-être ainsi lui rendrait-on sa capacité normale ou du moins des dimensions suffisantes pour amener la fréquence des mictions à être supportable.

Sans doute, messieurs, cette pratique semble, au premier abord, très rationnelle et elle était bien faite pour tenter les meilleurs esprits. Cependant l'observation journalière fait bien vite reconnaître que les affections de la vessie les plus intenses n'ont pas coutume de laisser à leur suite, pourvu qu'elles soient bien guéries, de diminution notable de la capacité vésicale. Lorsque la fréquence de la miction subsiste, il faut soupçonner la *disparition incomplète de la lésion.* Les grands symptômes pénibles se sont atténués, la douleur a cessé, les urines ne contiennent plus de sang et elles ont à peu près recouvré leur transparence. Ne vous hâtez pas trop cependant de déclarer la guérison complète. La fréquence des mictions est un symptôme de haute valeur ; elle témoigne d'une excessive sensibilité de la vessie à la moindre distension ; elle est encore pathologique. Et vous risqueriez fort, en choisissant précisément, pour méthode thérapeutique, des procédés qui ont pour base la distension, de réveiller des inflammations simplement assoupies, de forcer les points faibles de la paroi et peut-être de les rompre, en un mot, d'aller au-devant des déceptions les plus pénibles.

Cependant, messieurs, je ne veux pas systématiquement bannir de la

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

thérapeutique la dilatation de la vessie. Je tiens seulement à vous mettre en garde contre les écueils que vous pourrez rencontrer. Pour cela vous devrez, avant d'intervenir, distinguer soigneusement les cas en présence desquels vous vous trouverez.

Toutes les fois que le malade aura eu plus ou moins récemment une affection inflammatoire bien caractérisée des voies urinaires, votre défiance devra être tout particulièrement éveillée à l'égard des lésions qui pourraient exister à l'état latent. Vous procéderez donc à un examen minutieux du malade; vous analyserez l'urine surtout et, si vous trouvez une notable quantité de pus, vous considérerez la guérison comme incomplète. Alors toute tentative de dilatation serait formellement contre-indiquée. Le meilleur moyen de faire disparaître la fréquence de la miction sera de guérir, par un traitement approprié, la lésion, même latente, dont elle relève.

Si, au contraire, les urines sont parfaitement limpides et transparentes, si elles n'offrent plus la moindre purulence, alors vous serez autorisés à faire l'essai de la dilatation. Mais cette pratique est si aléatoire, que je vous recommande instamment de n'y recourir qu'avec la plus extrême prudence et de vous arrêter à la plus légère douleur éprouvée par le patient. Parfois, au début, vous obtiendrez des résultats favorables. Les malades seront enchantés et vous le témoigneront d'une manière flatteuse pour votre amour-propre. Mais, je vous en préviens, cette lune de miel ne durera d'habitude que ce que durent les lunes de miel. A mesure que vous voudrez élever la dose de la dilatation, vous provoquerez des phénomènes douloureux, précurseurs des accidents inflammatoires. Dès lors, vous serez bien près d'une séparation, heureux si vous l'obtenez à l'amiable.

Ainsi, messieurs, je vous le répète, vous tiendrez pour des *contre-indications* absolues à la dilatation de la vessie, et l'existence du pus dans l'urine, même quand il n'y en aurait que de très faibles quantités, et les moindres douleurs que provoqueraient les manœuvres.

Mais vous rencontrerez des malades qui présenteront cette même fréquence des mictions, cette même intolérance fonctionnelle de la vessie, sans avoir eu aucune affection aiguë des voies urinaires, sans qu'il y ait de pus dans leurs urines. On dit alors, suivant l'expression qui nous est venue d'outre-Manche, qu'il s'agit de *vessies irritables*. Bien souvent elles appartiennent à des myéliques de l'avenir ou à des candidats à la tuberculose; si vous cherchez à la distendre, même lentement et progressivement, vous courez grand risque, ne l'oubliez pas, de transformer une vessie irritable en *vessie irritée*.

Je parle bien entendu des cas où la fréquence des mictions tient à une diminution réelle de la capacité vésicale et non de ceux où cette diminution n'est qu'apparente et où il existe seulement une *atonie plus ou moins prononcée du sphincter*. Alors, il faut recourir, ainsi que je l'ai depuis longtemps démontré, à l'*électrisation localisée*. Elle vous donnera souvent de très belles guérisons. Entre autres exemples déjà fort nombreux, je pourrais vous citer un cas très remarquable observé dans mon service et récemment publié par M. Guiard dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (novembre 1883). C'est donc une question de diagnostic : l'exploration méthodique du canal, avec ou sans le passage du courant, vous apprendra s'il y a ou non atonie du sphincter; une injection lentement poussée dans la vessie vous mon-

trera si elle se laisse facilement distendre ; enfin l'examen attentif et, au besoin, l'analyse de l'urine vous renseigneront sur l'existence ou l'absence d'une lésion inflammatoire chronique plus ou moins latente. Des notions ainsi recueillies dépendra votre mode d'intervention.

Nous avons longuement étudié l'action mécanique des injections, d'abord sur le contenu de la vessie, puis sur la vessie elle-même et nous avons vu que, dans le premier cas, elle était à la fois beaucoup plus efficace et moins dangereuse que dans le second. Nous allons retrouver des différences tout aussi tranchées en étudiant leur *action modificatrice*. Celles qui s'adressent aux parois l'emportent de beaucoup en utilité sur celles qui n'ont d'autre but que de modifier le contenu, c'est-à-dire l'urine altérée.

Depuis longtemps on a remarqué que la transformation ammoniacale des urines dans la vessie était l'indice d'une affection sérieuse des voies urinaires et s'accompagnait fréquemment d'accidents généraux graves. Aussi a-t-on mis en œuvre des moyens nombreux et variés pour prévenir ou faire disparaître cette transformation. Or, il est aujourd'hui bien démontré que des microbes divers, torule de Pasteur et Van Tieghem, bacillus de Miquel, bacterium de Bouchard, sont les agents immédiats de la fermentation ammoniacale. Il était donc tout naturel de chercher à la combattre par l'emploi des *solutions antiseptiques*. Mais on est allé plus loin. Un certain nombre de médecins ont attribué aux microbes un rôle exclusif et c'est contre eux, contre eux seuls, qu'ils veulent diriger toutes les ressources prophylactiques ou curatives de la thérapeutique.

C'est ainsi qu'on a recours, pour ne parler ici que des injections, à la plupart des substances antiseptiques, depuis l'acide phénique, si justement célèbre en chirurgie, jusqu'à l'acide borique, très heureusement employé aujourd'hui dans la pratique des voies urinaires. Les résultats obtenus ont été très variables. Excellents dans les cas légers, ils ont été médiocres ou mauvais même dans les cas graves. Les bons effets étaient-ils dus à une action antiseptique ou à une simple action de lavage ; les mauvais tenaient-ils aux solutions employées ou plutôt, comme je vous le disais en commençant, à la manière dont l'injection était faite ? Il est difficile de le savoir.

(M. Guyon, après avoir rapporté les résultats obtenus par l'expérimentation, fait voir ici que, cliniquement, *la transformation ammoniacale de l'urine dans la vessie est le produit du concours simultané de deux facteurs : les microbes et la cystite.*)

C'est pour n'avoir considéré que le côté expérimental de la question et méconnu l'influence de la cystite, que les partisans de la théorie des germes ont voulu recourir exclusivement à la médication antiseptique et ont demandé aux injections de modifier seulement le contenu altéré de la vessie.

Le clinicien, sans négliger ces résultats importants acquis par l'expérimentation, ne peut oublier que les microbes ne sont pas seuls à intervenir, et que les lésions de l'appareil urinaire ont une influence au moins aussi grande sur l'altération des urines. Ce qui le prouve, c'est que la médication calmante et antiphlogistique, sans action sur les germes, mais très efficace contre les lésions, suffit souvent pour modifier rapidement la réaction et la transparence du liquide.

Or, parmi les *injections qui peuvent exercer une action modificatrice*

sur les parois vésicales, nous retrouvons les *lavages simples*, dont nous avons étudié déjà l'action mécanique. Ces lavages, soit par la suppression du contact de l'urine ammoniacale, soit par l'excitation directe qu'ils provoquent sur la paroi, sont d'une incontestable utilité. Mais ils ne suffisent pas toujours. On est donc obligé bien souvent de demander à des injections spéciales une action modificatrice plus énergique. Le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, le borate de soude, l'acide borique et surtout le nitrate d'argent seront employés avec les plus grands avantages. Le *nitrate d'argent*, que j'appelle quelquefois familièrement l'*ami des muqueuses*, est le plus puissant de ces médicaments. C'est à lui, vous le savez, qu'on a recours avec le plus grand succès sur la plupart de nos organes et pour une multitude de lésions diverses. Introduit dans la pratique des voies urinaires par Lallemand, sous forme solide, puis par Mercier sous forme liquide, il n'a pas cessé depuis lors d'occuper une place prépondérante et méritée dans le traitement des affections inflammatoires de la vessie.

Mercier l'a d'abord employé à la dose de 50 et même 75 centigrammes par gramme. Mais l'expérience n'a pas tardé à lui démontrer que la vessie supportait mal des doses aussi fortes, et il est arrivé à formuler les injections au 500e (0,25 p. 125).

Le nitrate d'argent a, je le répète, une action modificatrice très puissante dans les cas de cystite. Cette action est même d'autant plus remarquable que les phénomènes ont plus d'acuité.

Il convient surtout à merveille lorsqu'il s'agit de combattre la transformation ammoniacale ; l'expérimentation nous avait appris qu'il était le plus puissant des agents antiseptiques, et la clinique nous montre qu'il est le modificateur par excellence des surfaces enflammées. *Il résume donc en lui les deux conditions voulues pour lutter simultanément contre l'un et l'autre des facteurs de l'ammoniurie.* Je n'hésite pas cependant à attribuer la meilleure part de son influence à l'action modificatrice qu'il exerce sur les parois. Ce qui le prouve d'une manière absolue, c'est l'amélioration rapide qu'on obtient du côté des urines, par la méthode des instillations dans la vessie, préalablement évacuée et sans y faire aucun lavage.

Les injections de nitrate d'argent exigent toutefois des indications spéciales. Elles ne sauraient être employées pour prévenir l'inflammation, mais seulement pour la combattre, lorsqu'elle existe. Or, vous savez que, dans ces conditions, les lavages ont le grand inconvénient d'exposer à distendre la vessie et à provoquer des accidents. C'est pour ce motif, que vous me voyez de jour en jour plus de tendances à substituer aux injections les *instillations*. Celles-ci offrent les principaux avantages des injections sans en avoir les inconvénients.

Lorsque la vessie n'est pas enflammée, lorsqu'il s'agit, par exemple, de pratiquer une lithotritie ordinaire, l'emploi, pour les lavages et l'aspiration, du nitrate d'argent, même à solution faible, sous prétexte qu'il est antiseptique, serait une faute. Son action caustique serait nuisible pour le malade, il se décomposerait au contact des instruments, et les taches qu'il produit sont désagréables pour tout le monde. On ne peut donc pas y recourir avec la désinvolture permise pour les *solutions boriquées*. Depuis huit ans que je me sers de ces dernières, d'après les conseils de M. Pasteur, j'en ai obtenu les résultats les plus satisfaisants. L'acide borique a cet immense avantage pour la pratique de pouvoir

être employé à haute dose (3 et 4 p. 100) sans provoquer la moindre douleur. Aussi, ne voudrais-je à aucun prix cesser d'en faire usage, non seulement pour les lavages simples, mais pour l'évacuation des débris calculeux après la lithotritie. Je n'ai eu également qu'à m'en féliciter, après la taille, pour les irrigations que j'ai coutume de pratiquer très largement.

Les injections avec une solution d'acide borique n'ont pas seulement une *action antiseptique*. Celle-ci a été démontrée par M. Pasteur, et, pour n'être pas absolue, elle ne saurait être mise en doute. Elles ont, en outre, une action *modificatrice*. Aussi, méritent-elles dans la pratique une place importante à côté du nitrate d'argent; elles la méritent même d'autant mieux que je ne leur connais aucun inconvénient, à moins qu'il ne résulte du manuel opératoire.

Ce manuel diffère absolument de celui des injections nitratées. Au lieu d'être poussées lentement, en petite quantité et une ou deux fois tout au plus, elles seront faites de la même manière que les injections évacuatrices, dont je vous ai si longuement exposé les règles au commencement de cette leçon —*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

Traitement des fractures du radius.—Discussion à la Société de chirurgie, de Paris.

M. Bouilly communique trois observations au sujet de l'intervention dans les fractures du radius vicieusement consolidées. Il conclut en faisant remarquer que les cas du même genre ne sont pas rares, et qu'on peut être appelé pour intervenir, soit pour redresser une difformité très prononcée, soit pour obtenir le rétablissement des mouvements, soit enfin pour remédier à une compression nerveuse; mais les cas publiés sont peu nombreux et il n'est guère possible de dégager la meilleure méthode opératoire de toutes celles qui ont été proposées. Cependant M. Bouilly pense que l'ostéotomie doit être considérée comme la méthode de choix. Si l'on agit contre la compression nerveuse, il faudra intervenir de bonne heure et ne ne pas oublier que les troubles trophiques disparaissent très lentement.

M. Verneuil estime que si, dans la région de l'avant-bras, l'ostéoclasie instrumentale est dangereuse, on peut avec avantage la remplacer par l'ostéoclasie manuelle. Elle lui a donné un très bon résultat pour une fracture des deux os de l'avant-bras vicieusement consolidés chez une petite fille de six ans.

M. Trélat a pratiqué trois fois au moins la résection de petits cals vicieux du calcaneum, du tibia; il n'a jamais eu d'accidents, grâce à la méthode antiseptique.

A propos de la communication de M. Bouilly. M. Desprès soutient que l'appareil plâtré est mauvais pour les fractures de ce genre; parce qu'il faut le changer pendant la durée du traitement, alors que le gonflement des premiers jours a disparu. Un tel inconvénient n'existe pas avec l'appareil de Nélaton, que l'on peut serrer et desserrer à volonté. Un autre inconvénient résulte de l'immobilisation forcée et absolue non seulement de la fracture, mais de toutes les articulations carpiennes: c'est cette immobilisation qui détermine les raideurs que l'on observe si souvent après l'enlèvement de l'appareil. L'appareil de Nélaton permettant de légers mouvements dans les articulations,

les fonctions du membre après la consolidation se rétablissent bien plus facilement. Les fractures du radius sont très difficiles à réduire, et à ce point de vue, l'avantage reste encore à l'appareil de Nélaton qui permet, lorsque la fracture n'a pu être réduite le premier jour, de remettre les os en place graduellement, en resserrant journellement les attelles au moyen d'un lien élastique. En résumé, les appareils plâtrés, qui sont excellents pour la plupart des fractures, ne valent rien pour les fractures du radius et même pour les fractures du bras.

M. Trélat traite les fractures du radius par l'application d'une petite atteile plâtrée placée soit au dessus, soit au dessous du membre, suivant les circonstances; il laisse l'appareil en place pendant trois semaines, et jamais il n'a observé de raideur ni d'accident d'aucune sorte.

Au sujet des fractures du radius, M. Trélat rappelle qu'elles sont bien moins graves chez les vieillards que chez les jeunes gens. Chez les vieillards, en raison de la friabilité de leurs os, cette variété de fracture se fait avec une grande facilité, et par conséquent sans grands délabrements, sans grande difformité; tandis que chez les jeunes gens, la fracture exige une grande violence pour se produire, et il en résulte des écrasements souvent considérables, des déformations difficiles à corriger.

M. Terrier traite toutes les fractures du radius par l'appareil plâtré et n'en a obtenu que de bons résultats. Quel que soit l'appareil, la première condition du succès est la réduction exacte de la fracture, ce qui n'est pas toujours facile, à cause de l'écrasement habituel des fragments. Pour éviter les raideurs des doigts, M. Terrier les laisse libres, et recommande au malade de les remuer de temps en temps. Il applique l'attelle de préférence sur la face palmaire.

M. Verneuil dit que la double attelle, dorsale et palmaire, ne permet pas une surveillance suffisante du membre, et que les deux attelles ne permettent pas de placer le membre dans une extension légère, ce qui est pourtant une position très favorable à la guérison sans infirmité. Il ajoute que la réduction de ces fractures est quelquefois très difficile à faire du premier coup et qu'il la fait alors en plusieurs temps; il place la main sur une attelle coudée qui met le membre dans une position telle que les deux fragments se rapprochent peu à peu de leur direction normale.

M. Tillaux adopte l'attelle plâtrée palmaire avec la main légèrement fléchie; seulement il faut réduire et maintenir la réduction. Il met l'appareil avant la réduction, puis il réduit pendant que le plâtre est encore mou; il maintient la réduction pendant toute la durée de la consolidation de l'appareil.—*Praticien.*

Traitement du traumatisme de l'ongle. Humbert.—On plonge le doigt dans l'eau froide, au moment de l'accident, puis on l'entoure de compresses imbibées d'eau alcoolique, d'eau phéniquée, d'eau blanche, auxquelles on ajoute du laudanum dans le cas de douleurs très vives. Si l'ongle est partiellement décollé, on doit se garder d'en faire l'ablation. On agit de même, quand l'épanchement sanguin, si considérable qu'il soit, ne communique pas avec l'air extérieur, ne fut-il protégé que par la mince pellicule épidermique qui borde le repli sus-unguéal. On a vu, en effet, dans des cas semblables, le sang

se résorber sans aucune complication. Pour les grands délabrements de l'appareil unguéal, qui ne sont le plus souvent qu'une complication de l'écrasement des doigts, il y a lieu de recourir au pansement par occlusion.—*Union médicale.*

Des pansements.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital Necker.—Dans notre époque moderne, nous avons traversé une grande période chirurgicale où les praticiens les plus distingués luttaient péniblement contre la série des accidents (pourriture d'hôpital, diphthérie des plaies, infection purulente, etc.,) qui attaquaient les plaies récentes ou anciennes. Cette longue douleur, on peut dire qu'elle est passée aujourd'hui, car le but général des pansements que nous faisons est atteint. Trois actes sont indispensables pour obtenir la guérison sans accident et aussi rapidement que possible.

Toute plaie doit être en premier lieu aseptique. Cela est tellement suffisant que des opérations quelconques, pourvu qu'elles aient lieu sur des individus sains, dans des pays agricoles, réussissent en général très bien. Une vache éventre une femme, par exemple; on rentre la tripe, on met un chiffon par là-dessus, et cette blessure entre bien vite dans une bonne voie sans qu'il soit nécessaire de recourir à quelque autre chose. Mais, comme ces conditions ne sont pas toujours possibles à réaliser, on est obligé d'avoir recours encore à deux actes. Il faut que les faces de la plaie dont on poursuit la guérison et la réunion soient immobilisées et placées dans une position favorable: il faut, enfin, prévoir dans l'arrangement de toute surface de solution de continuité, qu'il va s'écouler des liquides mélangés, et que ces éléments figurés ou non figurés du sang qui sont sortis de la circulation et qui n'y rentreront pas, s'écoulent librement. Voilà tout. Il n'y a pas d'autres données pour traiter les plaies. Néanmoins, quand on a réalisé ces trois conditions, il y a un idéal vers lequel il faut marcher, c'est de ne rechercher que les pansements les plus rares possibles.

Vous verrez dans les auteurs anciens la désarticulation de l'épaule d'un capitaine sur le champ de bataille. A défaut de makintosh, Larrey, le père, avisa sous une selle une peau de mouton qu'il mit sur son opération, et ordonna à l'opéré de s'en aller. Celui-ci suivit le conseil, et à son arrivée à Strasbourg, vingt-sept jours après avoir quitté la Bérésina, on lui enleva ce pansement primitif et on s'aperçut qu'il était complètement guéri. Un des grands mérites du pansement ouaté d'Alphonse Guérin a été la substitution de la ouate à une peau de mouton. En renouvelant le pansement le moins possible, c'est ne s'exposer à aucune contagion; c'est respecter la douleur du malade. L'expérience a du reste prononcé et c'est maintenant un fait acquis pour tout le monde. Vous voyez, en effet, ouvrir le ventre à une femme, et étreindre le pédicule de la tumeur dans une ou plusieurs ligatures; vous voyez, après avoir nettoyé et caressé chaque partie à l'eau phéniquée, réintégrer le tout dans le ventre et n'enlever les pièces à pansement qu'au bout d'une douzaine de jours, c'est-à-dire lorsque la plaie est déjà complètement guérie.

Cette asepsie dont je vous parlais tout à l'heure, et que je considérais comme une condition fondamentale, est réalisée par une infinité de moyens. La propreté des mains, des vêtements, des instruments, constitue une condition essentielle. Vous ne nous apprenez rien de

nouveau, me direz-vous ? C'est vrai, mais si tout le monde connaît ce principe, peu de personnes le mettent en pratique. Si à Necker vous trouvez de l'eau et du savon, il n'en est plus du tout de même à la Charité ou à l'Hôtel-Dieu, où il en existe moins que dans mon œil. Il y a là des petites questions d'argent qui font que dans nos services ce liquide n'est pas réparti convenablement. J'estime, pour ma part, qu'aucune des personnes présentes dans une salle ne devrait y arriver qu'avec des mains virginales ou du moins revirginifiées par un liquide additionné de bichlorure ou d'acide phénique.

Un instrument sur lequel on a beaucoup discuté, c'est le vaporisateur. Pour ma part, je ne m'en suis jamais servi, sauf dans quelques cas déterminés, lorsque l'opéré sent mauvais de la bouche par exemple. Aujourd'hui, du reste, à l'étranger et en France, on l'a rejeté complètement du manuel opératoire parce qu'il présentait entre autres inconvénients, celui de gêner considérablement la vue.

Ceci dit, examinons maintenant avec quoi vous devez laver les plaies et imbiber les pièces des pansements. Grande affaire, me direz-vous ? Je commence par le nier, et par vous prévenir qu'il ne faut pas avoir pris de parti bien absolu. L'eau phéniquée est un bon liquide, mais ce bon liquide va devenir au contraire très mauvais si vous vous en servez pour l'anus, les organes génitaux, la face, les yeux ou la bouche. Sur la face, elle produira une éruption et piquera les yeux ou sera désagréable à la bouche. Une solution d'acide phénique à 1-40 sur la peau délicate d'une femme, au pourtour de l'anus, déterminera de petites eschares dont la chute est très tardive (trois semaines). Quant à moi, tout en employant couramment l'acide phénique à 1-20 et à 1-40, je me sers pour certaines parties du corps, telles que la bouche, les yeux, etc., tantôt d'eau boriquée, tantôt d'eau chloralée, antiseptiques moins puissants, il est vrai, que le précédent, mais qui ont du moins l'avantage d'offrir moins d'inconvénients.

M. Bouilly a essayé, il y a deux ans, l'eau oxygénée. Il nous a pollué nos bassins, et aujourd'hui quand on lui en parle, il ne vous répond pas. On a écrit que c'était superbe, ce qui est faux pour deux raisons : d'un côté, c'est le bassinicide et l'instrumenticide le plus fort qui existe, et d'une autre part, c'est le produit le plus dépourvu de fixité. Bref, n'en parlons plus et considérons-la comme évaporée, afin de porter toute notre attention sur des liquides plus récents.

Le bichlorure de mercure, défendu par M. Tarnier, a du bon pour lui, parce qu'il emploie de gros instruments. Il nécessite, de plus, tout un outillage de bassins en verre, et je suis par expérience combien il faut de temps pour mener à bien une pareille innovation. En attendant, du reste, que sa supériorité soit bien démontrée, je le traite comme les romans dont je n'entreprends la lecture qu'après que la qualité m'a été annoncée par une vingtaine d'amis au moins. D'ailleurs, je l'ai essayé. Il est bon, mais il n'y a pas du tout de quoi s'enthousiasmer.

Nous pouvons donc dire qu'on n'a pas trouvé quelque chose de bien supérieur à l'eau phéniquée, sauf le bichlorure de mercure et le biiodure, employé, je crois, par M. Pinard à la dose de 1/2000. L'eau phéniquée restera donc pour moi d'un emploi général, tant que nous n'aurons pas affaire aux parties que je vous ai indiquées précédemment.

Pour ce qui est des ligatures, je me suis toujours servi des fils d'ar-

gent. Leur plus grande vertu était la substitution d'un fil non imbibable à un fil imbibable, et si aujourd'hui les fabricants nous livrent un fil souple, poli, imbibable, et bien antiseptisé, il est de notre devoir d'y avoir recours ; et le fait est qu'il y a un mois, j'ai suturé avec de la soie. Le résultat a été si bon que je réadoptai ces fils, excepté pour les sutures du palais et de quelques autres endroits.

Enfin, pour terminer avec ce chapitre, nous allons insister sur la nécessité d'établir le drainage. Cette opération consiste à déposer des tubes au fond de la plaie à antiseptiser.

C'est dans cet ordre d'idées que M. Kœberlé se servait de petits tubes de verre, et que M. Lucas-Championnière a employé des tubes d'aluminium, toutes substances qui présentent de nombreux inconvénients et dont l'emploi n'a pas prévalu. On a alors cherché autre chose, et le comble a été de se servir de substances qui disparaissaient. On s'est servi de tubes à drainage en os décalcifié. Tantôt le tuyau était résorbé en deux jours, tantôt il ne disparaissait pas. Quant à moi, n'attachant pas beaucoup de confiance aux faisceaux de catgut ou en crin de cheval, je continue à me servir d'une substance que je ne regarde pas comme parfaite, c'est le caoutchouc rouge de bonne fabrication. Il est insoluble dans l'eau, souple et reste toujours un tuyau assez raide pour que la lumière ne s'efface pas complètement. Je le tiens en demi-estime, mais je le garde comme un domestique dont on supporte les défauts de peur d'en avoir un plus mauvais. C'est ici que vient se placer bien à propos un point qui préoccupe tous les chirurgiens. Je vous ai dit qu'on devait viser à la rareté des pansements ; cela est vrai, mais à une condition : c'est qu'il n'y ait plus rien à visiter. Quand donc peut-on retirer les drains ? Il y a trois ans que je cherche une formule sans pouvoir en trouver aucune ; aussi, pour en finir avec cette leçon, je crois qu'on peut les retirer lorsqu'il n'y a plus de sécrétion, lorsque la plaie marche bien, c'est-à-dire au bout de trois jours.—*Praticien.*

Traitement de l'anthrax par la compression.—Clinique de M. le professeur John Ashurst. jr., à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie.—Le malade que je vous présente aujourd'hui a été admis dans nos salles (il y a dix jours), souffrant d'un gros carboncule qui durait déjà depuis trois semaines. Au début, ce n'était qu'un simple bouton qui a, depuis, graduellement augmenté en proportions. C'est l'histoire ordinaire des carboncules : d'abord on constate la présence d'un bouton qui, en se développant, présente une vésicule centrale, et qui, soit spontanément, soit sous le coup d'une irritation quelconque, grattage, piqûre d'épingle, etc., commence ensuite à s'étendre ; en huit ou dix jours, l'anthrax est arrivé à son entier développement, mesurant alors rarement plus de trois ou quatre pouces de diamètre.

Il y a huit jours, nous avons mesuré ce carboncule-ci et avons constaté une dimension de neuf pouces sur huit, sans compter le tissu cellulaire induré formant une très large base à la lésion elle-même. Si on y comprend le tissu cellulaire induré, les dimensions de ce carboncule atteignaient au moins onze pouces sur dix, avec trois bons pouces de profondeur.

L'anthrax n'est autre chose qu'on gros furoncle. Il n'y a aucune distinction absolue à faire entre un furoncle et un carboncule. L'anthrax que vous voyez ici est aujourd'hui plus petit que quand le malade

est entré à l'hôpital, et il diminue tous les jours, quoiqu'il fut encore à sa période de croissance lors de l'admission du malade.

Il est certaines particularités relatives à l'ulcération du carbonculequi n'ont été comprises que dans ces derniers temps. On avait observédepuis longtemps que les carboncules avaient tendance à s'ulcérer sur un grand nombre de points distincts, donnant ainsi à la surface maladeune apparence cribriforme, et ce n'est que depuis quelques années qu'un chirurgien américain, le Dr Collins Warren, de Boston, a donnél'explication anatomique de cette particularité. En examinant au microscope la peau du dos, siège ordinaire de l'anthrax, le Dr Warren a découvert de petites projections, ou petits tubules de graisse unissant les parties profondes à la surface; il a appelé ces projections "colonnes graisseuses" (*columnæ adiposæ*). Or, c'est le long de ces colonnes quele pus de l'anthrax qui, comme on le sait n'est qu'un phlegmon du tissu cellulaire profond, fait irruption au dehors. Dans le cas présent il n'y a encore que deux ouvertures, situées l'une près de l'autre et qui, probablement, vont bientôt se réunir pour n'en former qu'une seule. Un paquet de tissu cellulaire mortifié fait, comme vous le voyez, protrusion à travers une de ces ouvertures.

Bien que très douloureux et des plus incommodes, le carboncule ne constitue cependant pas une maladie très dangereuse quand il est traitéconvenablement. La mort arrive cependant quelquefois, et je viens devoir la statistique d'un chirurgien allemand qui, sur onze cas d'anthraxtraités par l'incision, en a perdu six à la suite de pyémie. Pour ma part, je n'ai encore vu aucun cas de mort par le carboncule et ne me rappelle pas en avoir vu dans la pratique de mes collègues, sauf dansdes cas où il y avait complication de quelque trouble constitutionnelgrave.

Le carboncule de la face est considéré comme étant particulièrementdangereux; on dit même que sur neuf cas de cette variété, un seul guérit. Mes observations me portent à croire que c'est là une exagération. C'est, il est vrai, une forme relativement rare de la maladie, mais j'ai observé deux ou trois cas d'anthrax à la face, et tous se sont terminés par la guérison; j'avoue qu'aucun d'eux n'était bien grave. Dans le carboncule de la face, la mort est le résultat du transport de l'inflammation aux sinus de la dure-mère, ou survient par pyémie. Dans l'anthrax ordinaire, sauf les cas où le patient souffre déjà de maladie de Bright ou de diabète sucré, ou encore quand la partie enflammée est située de façon à mettre en danger les organes internes, comme par exemple, le danger de péritonite dans le cas d'un anthrax abdominal—la terminaison fatale est rare, à moins que le traitement ait été mal dirigé.

Le traitement d'autrefois, celui que, quand j'étais encore étudiant, l'on nous enseignait comme devant être employé dans tous les cas, était d'inciser le carboncule, en forme de croix, dans toute sa longueur et dans toute sa profondeur. Si, dans le cas qui nous occupe, nous avions employé ce mode de traitement, nous aurions eu deux incisions dont l'une aurait mesuré onze pouces de longueur sur trois de profondeur, et l'autre, dix pouces de longueur. Vous voyez quelle plaie affreuse cela aurait fait, et combien de sang le malade aurait nécessairement perdu. La mort peut aussi survenir par hémorrhagie, et l'on en a rapporté un cas. Outre le danger d'hémorrhagie, les incisions

augmentent les chances d'absorption des substances septiques, par le fait qu'elles laissent à vif une très large surface. Une autre objection, moins sérieuse cependant, est que l'époque de la guérison est proportionnellement reculée. Dans le but de prévenir l'hémorrhagie, quelques chirurgiens pratiquent des incisions sous-cutanées ; mais cette opération, fort incertaine du reste, ne présente aucun avantage spécial.

A la vérité, le traitement par les incisions a réellement du bon. Aucun mode de traitement n'aurait pu être en faveur pendant si longtemps s'il n'eut eu quelque valeur. Ces incisions calment quelque peu la douleur, et parfois semblent empêcher le mal de s'étendre, et ce dernier point est encore contesté. Je considère les désavantages des incisions plus sérieux que leurs avantages.

Il est un autre mode de traitement que l'on emploie, soit isolément, soit combiné aux incisions, c'est la cautérisation. Les caustiques sont mis en usage pour détruire le centre de la partie malade, ou bien encore ils sont appliqués sous forme de flèches dont la disposition rappelle les raies d'une roue. L'usage des caustiques de cette façon a été introduit par Maisonneuve, pour l'ablation des tumeurs, et Sir James Simpson a également recommandé l'injection radiée de solutions caustiques. Ces cautérisations produisent presque toujours des souffrances atroces.

Le premier malade chez lequel j'ai employé le traitement par la compression,—traitement que j'emploie invariablement aujourd'hui,—était une femme ayant un gros carboncule, et qui était tellement âgée et affaiblie que je crus dangereux de pratiquer des incisions. Un chirurgien irlandais, M. O'Farrell, a été le premier à recommander cette méthode. Il exerçait la compression au moyen d'un diachylon recouvrant toute la masse enflammée, et quand la suppuration commençait, il pratiquait une ouverture au centre pour donner issue au pus. Pour moi, j'ai préféré faire usage de bandelettes concentriques, appliquées comme quand il s'agit d'exercer de la compression sur un testicule enflammé.

On doit commencer à placer les bandelettes sur le bord périphérique, en se dirigeant vers le centre, ayant soin de laisser une ouverture centrale pour la sortie de la partie gangrenée. Dans notre cas, le traitement a commencé il y a un peu plus d'une semaine. Jusqu'à ce moment, l'anthrax avait fait des progrès, mais depuis lors il a constamment et graduellement diminué de volume et d'intensité. La douleur a été immédiatement soulagée, de telle sorte que le patient n'éprouve plus que de petits élancements de temps à autre, mais pas de souffrance véritable. Le carboncule est plus petit et s'aplatit de plus en plus. Il ne mesure maintenant que huit pouces sur sept pouces et demi ; la profondeur n'excède pas deux pouces et demi. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas perdu une drachme de sang. Vous pouvez voir que le pus et le tissu cellulaire gangrené s'éliminent d'eux-mêmes lentement, et jusqu'à ce moment il n'y a aucune indication d'ouvrir plus largement. Nous avons donc raison de croire que ce malade sera bientôt en convalescence, sans autre accident. Nous avons fait mettre un petit cataplasme sur le centre même de l'anthrax, et bientôt nous remplacerons ce cataplasme par un pansement simple à l'onguent de résine ou de zinc.

Un autre mode de traitement que je suis heureux de n'avoir jamais employé est l'excision de la totalité du carboncule. Quelques chirurgiens

ont eu cette audace folle On a également vu des chirurgiens vouloir exciser des gommes syphilitiques. Il est aussi inutile qu'injustifiable de traiter l'un ou l'autre de ces accidents par l'excision, quand la compression peut faire disparaître l'anthrax et que l'iodure de potassium doit avoir raison des gommes. Dans ce cas, vu le mode de traitement que nous avons adopté, l'ulcère qui persistera après la chûte de l'escharе sera petit, de sorte que la guérison sera beaucoup plus rapide que si nous avions fait des incisions.—*Philadelphia Medical Times*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Fait intéressant, rare, exceptionnel.—Clinique de M. le professeur PAJOT, à l'hôpital de la Clinique.—J'ai à vous parler d'un fait intéressant, rare, *véritablement exceptionnel.* Il s'agit d'une femme qu'on apporta à la clinique, le 29 décembre, dans la soirée. Peu d'entre vous seulement la connaissent et je suis dans l'impossibilité absolue de vous la montrer, car son état est encore grave et commande autour d'elle la plus parfaite tranquillité. Je ne la vis que le 30 décembre au matin, à l'heure de la visite, et voici en quelques mots l'histoire de ses antécédents: elle avait eu deux enfants, et dans les deux cas l'accouchement avait été spontané, bien qu'extrêmement laborieux. Dans la grossesse actuelle, elle a été, en ville, assistée par une sage-femme. Or, ce travail se prolongeant, celle-ci, qui n'avait pas fait le diagnostic de la présentation, crut devoir rompre la poche des eaux. Cette manœuvre imprudente n'ayant en rien avancé les choses, la sage-femme s'inquiéta et demanda qu'on fit appeler un médecin.

Le médecin. à son tour, se livra à une série de tentatives qu'il nous est assez difficile d'apprécier d'une manière bien nette aujourd'hui, mais qui ne furent pas suivies d'un résultat plus heureux. Il arriva que la femme éprouva tout d'un coup une *très vive douleur dans le ventre*, perdit du sang en quantité considérable, et que le médecin, désorienté, désespérant de venir à bout de cet accouchement, quitta le champ de bataille.

C'est alors qu'on se décida à porter la patiente à la clinique.

Le lendemain, la sage-femme en chef me dit qu'il s'agissait d'une présentation du tronc, et que la femme avait probablement une rupture de la matrice. Le présentation était facile à constater, mais je répondis à la sage femme en chef qu'à ne juger de l'état des choses que par l'aspect extérieur, il n'était permis d'accepter l'hypothèse de la rupture qu'avec de grandes réserves. La femme ne présentait pas, en effet, cet aspect extérieur, cette altération profonde des traits qu'on observe généralement en pareille circonstance. Elle avait le facies des hémorrhagies très graves. Je me préparai à opérer la version et je fis anesthésier la femme avec le chloroforme après l'avoir fait mettre dans la position obstétricale classique. Je dois vous dire qu'on m'avait également prévenu qu'il existait aussi un rétrécissement du bassin. J'introduisis ma main dans le vagin avec les précautions ordinaires et j'allai à la recherche du col. Mais je m'égarai bientôt dans une sorte de magma constitué par des caillots de sang et des parties molles qui se trouvaient accumulés dans un véritable cloaque. Je constatai alors

une vaste déchirure dont le foyer principal avait son siège dans le cul-de-sac antérieur et dont le prolongement dans la paroi utérine antérieure était assez considérable pour laisser mon poing entier s'engager aisément à travers son orifice. Comme ces grands délabrements m'empêchaient d'arriver directement sur le col, je retirai ma main et immédiatement jaillit un flot de sang énorme. C'est là une particularité qui devra toujours vous donner l'éveil, car elle constitue un signe très probant de l'existence d'une rupture de la matrice.

Je fis alors, en quelques secondes, ce " bilan pathologique " de ma cliente, que je livre à vos réflexions :

Rétrécissement du bassin ;
Présentation du tronc ;
Placenta inséré sur le segment inférieur de l'utérus ;
Hémorrhagie considérable ;
Rupture du vagin et de la matrice.

Avais-je raison de vous dire que l'observation de cette femme était véritablement exceptionelle ? Vous qui êtes jeunes, qui n'avez encore fait que quelques pas dans la carrière médicale que vous avez à parcourir, vous ne serez jamais peut-être témoins d'un fait aussi intéressant que celui-là.

Mais il n'y avait plus d'hésitation à avoir sur la conduite à tenir. Laisser à la nature le soin d'arranger les choses, c'eût été décréter la mort de la femme à bref délai ; l'enfant était mort.

Je me mis donc en mesure de pratiquer la version. Cette fois, pour procéder sûrement, j'introduisis ma main, et la faisant glisser dans la concavité du sacrum ; je gagnai ainsi immédiatement le col, je pénétrai sans difficulté dans la matrice en ayant le soin de faire appliquer deux mains solidement sur le fond. Je fis ensuite la version qui fut aisée, jusqu'à complet dégagement du tronc.

Mais, à ce moment, les difficultés commencèrent. On arrivait cependant sans peine sur le maxillaire inférieur, et la tête était parfaitement fléchie, car j'avais eu soin qu'un aide appuyât à travers les parois abdominales sur l'extrémité céphalique.

Mais, en raison de l'étroitesse du bassin, il me fut impossible, ainsi qu'à M. Doléris qui me succéda dans ces tentatives, de dégager la tête fœtale. Je crus d'ailleurs prudent de ne pas prolonger nos manœuvres. Je fis immédiatement la céphalotripsie qui fut de courte durée, une seule application de céphalotribe ayant été suffisante.

La femme fut ensuite mise au lit après qu'on lui eut fait une injection antiseptique, et on la plaça dans une chambre spéciale. Je recommandai, avant de partir, qu'on lui donnât de l'eau-de-vie durant la journée. Mais je fis cette prescription poussé plutôt par cette habitude du médecin d'ordonner toujours ce qui peut être utile, que par l'espoir qu'elle pût amener quelques bons résultats. Nous étions tous bien convaincus que cette femme ne vivrait pas vingt-quatre heures. Et pour votre instruction, pour vous prouver que nous n'avions pas tout à fait tort d'avoir des pressentiments aussi fâcheux, j'ai fait la statistique fournie par l'histoire de toutes les ruptures de la matrice que j'ai pu relever.

Sur 440 ruptures, il y a eu 404 femmes mortes.

Et pour les cas où on s'est occupé de ce qu'il était advenu des enfants :

Sur 263 cas, j'ai compté 243 enfants morts.

Vous avouerez, messieurs, que ce sont là des statistiques peu rassurantes. En outre, on est en droit de supposer que dans ce nombre déjà si restreint de guérisons, il ne s'est agi quelquefois que d'une déchirure relativement peu étendue, tandis que chez notre femme, il ne m'était malheureusement pas permis d'avoir le moindre doute sur l'importance des désordres. Eh bien, malgré l'étendue et la gravité des délabrements et malgré la sévérité de notre pronostic, *la femme est encore vivante*; bien plus que cela, *son état est presque satisfaisant*. La température est relativement peu élevée, 30°. Le pouls assez calme, 100 en moyenne. Elle s'alimente, prend du bouillon et des potages et les digère fort bien. Une diarrhée assez rebelle, qui existait les premiers jours et qui nous avait assez vivement inquiétés, tend à disparaître, et l'amélioration s'accuse de plus en plus Il n'y a que la vitalité féminine, on peut le dire, capable de résister aussi victorieusement à de pareils chocs. C'est bien là un résultat véritablement merveilleux, et en dépit de mon expérience trop vieille, hélas! je déclare n'avoir jamais rien vu de pareil. Messieurs, nous allons continuer à observer très attentivement cette malade, et je vous promets de vous tenir au courant de tout ce qui la concernera. Ainsi que je vous l'ai déjà dit en commençant, vous ne serez jamais témoins d'un fait plus extraordinaire que celui-là.

(A une leçon subséquente, M. Pajot parle ainsi du cas qui vient d'être relaté:)

Comme je vous l'ai promis, je tiens à vous dire quelques mots de notre grande malade, de notre malade de la rupture utérine, qui est couchée au n° 9 de la Gynécologie. Vous vous souvenez de ces complications pathologiques que je vous ai fait connaitre (*bassin rétréci, présentation de l'épaule, placenta sur le segment inférieur, hémorrhagie énorme, rupture du vagin et de l'utérus*) et vous m'accorderez aisément qu'il est impossible de se heurter à un ensemble plus complet d'accidents. Eh bien, notre femme va tout à fait bien, elle est au treizième jour de son accouchement, *et si j'étais plus jeune*, j'oserais affirmer qu'elle est *absolument hors de danger*. Pour vous donner une idée de l'amélioration qui s'est produite dans son état, je vous dirai qu'on vient de me demander à l'instant si l'on pouvait lui servir aujourd'hui un bifteck qu'elle désire, et j'ai répondit que oui. En vérité, je suis de plus en plus émerveillé du résultat! Mais, je dois dire que M. Doléris qui, plus jeune que moi, et avec toute la foi de la jeunesse, n'a jamais désespéré de la situation, a soigné cette femme avec un dévouement, une sollicitude de tous les instants. Malgré tout, malgré cette aspect si rassurant qui nous permettrait, certes, d'anoncer aujourd'hui la guérison avec autant de certitude que la situation désespérée du premier jour nous faisait entrevoir une castastrophe, je fais encore quelques réserves. Et vous comprendrez ces réserves, quand vous saurez ce que je vais vous dire de la pratique de P. Dubois. Cet homme éminent avait fait dans sa vie vingt et quelques opérations césariennes. Pas n'est besoin de vous dire que la mort était le résultat invariable de ces opérations. Une fois, pourtant, une de ces opérées était arrivée au vingtième jour de l'opération, et tout faisait espérer une terminaison aussi heureuse qu'exceptionnelle. Messieurs, *cette femme fut prise de tétanos et emportée en vingt-quatre heures*.

Ce n'est qu'après avoir été quelquefois témoin de catastrophes de cet

ordre qu'on laisse s'échapper, une à une, les belles illusions de la jeunesse. Aussi, messieurs, en pareilles circonstances, tenez-vous bien sur vos gardes, et n'allez jamais, dans une famille, affirmer que la situation est sauvée, car l'événement pourrait vous donner bientôt un cruel démenti.—*Journal des conn. méd.—Scalpel.*

De la dilatation digitale de l'os durant le travail.—Discussion à la *Philadelphia Obstetrical Society.*

Dr. Cleeman.—L'on m'avait enseigné qu'il ne fallait pas dilater ni distendre *l'os uteri* au moyen du doigt, et, pendant des années, cette notion dont je n'avais pu me défaire m'a empêché de seconder les contractions de l'uterus en essayant de dilater l'ouverture du col. Il y a quelque temps, j'étais appelé auprès d'une primipare. Les eaux amniotiques s'étaient écoulées la veille. Les douleurs continuaient, mais l'os était très peu ouvert, et le conteur du col dur et rigide. Je crus de mon devoir d'intervenir, et j'essayai de dilater l'os au moyen du doigt. L'orifice se ramollit promptement et, au bout d'une demi-heure, il était suffisamment dilaté pour permettre à la tête de passer, et l'accouchement se termina promptement. Depuis, j'ai mis en œuvre ce procédé dans plusieurs cas, et toujours avec des résultats satisfaisants, le travail se terminant avec rapidité alors que plusieurs heures d'attente douloureuse s'étaient passées, sans profit pour les malades. Je n'ai pas observé cet état d'irritation dont on a parlé comme étant la conséquence d'une semblable intervention; aucun accident n'en est résulté. Le doigt, s'il est bien net, ne peut pas faire plus de mal que le dilatateur de Barnes ou tout autre dilatateur, et il n'y a pas de danger, comme cela peut arriver dans le cas d'un instrument, de pousser la tête de côté et de convertir une présentation du sommet en une présentation de l'épaule ou toute autre présentation vicieuse.

Le Dr. W. T. Taylor s'est aussi servi du doigt pour aider la dilatation de l'os. Il s'en abstient cependant, si le col est irritable et son pourtour dur et aminci comme une corde.

Le Dr. Githens a pratiqué la dilatation digitale de *l'os uteri* dès le début de sa carrière professionnelle qui compte déja dix-huit années. Il ne réserve cette méthode pour aucune classe déterminée de cas; il n'attend pas non plus la rupture des membranes. Pour lui, il a constaté que dans tous ces cas, la douleur était accompagnée d'une contraction des fibres circulaires du col en même temps que d'une contraction des fibres longitudinales du corps de l'utérus. La contraction des fibres circulaires retarde le travail; en dilatant l'os au moyen du doigt, on peut paralyser ces fibres circulaires. Pratiquement, cela se fait avec rapidité. Un ou deux doigts sont promenés sur la surface interne du col, la pulpe du doigt restant en contact avec cette surface, et le col peut ainsi être autant que possible éloigné de la tête du fœtus. Cette petite opération doit se faire dans l'intervalle des douleurs; quand la douleur commence, le doigt doit être retiré, pour être réintroduit immédiatement après. Cela n'a pas pour effet de rupturer les membranes. S'il existe un peu d'irritabilité de l'os, elle cède promptement. Si le pourtour du col est mince et tendu, ou dur et épais, il se ramollit et cède. Si le col et le vagin sont chauds et rigides, ils viennent bientôt à l'état normal. Les déchirures du col ne se produisent presque jamais, et la durée, la douleur et l'épuisement du travail sont réduits à leur minimum.

Le procédé en question est utile durant tonte la première période, et dans tous les cas.

Le Dr. Philips M SCHIELDT emp'oie beaucoup la dilatation avec le doigt. Ses malades savent reconnaître l'aide qu il leur apporte ainsi, et, aux accouchements suivants, elles lui demandent de les aider encore. Souvent, de cette façon, on évite l'emploi du forceps, par le seul fait que la première période dure peu de temps.

Le Dr. PARVIN verrait avec regret la dilatation digitale être adoptée comme règle dans tous les cas. Il est d'avis qu'elle diminue la longueur du travail, non pas tant en dilatant l'os qu'en augmentant l'intensité des contractions utérines. Dans la première période les efforts volontaires ne sont pas de mise; ils sont plutôt nuisibles qu'utiles.

La méthode en question peut être utile en certains cas où les membranes, dilatateur naturel de l'os, se sont prématurément rompues. Il y aussi danger de septicémie par l'introduction de germes au moyen des doigts. Le Dr. P. ne croit pas que les doigts constituent un aussi bon dilatateur que l'instrument de Barnes, par ce qu'ils ne peuvent porter que sur un point déterminé à la fois, et non sur tout le pourtour de l'os, et sont aptes, par conséquent, à produire des déchirures. Quant au danger de changer la présentation, si l'on se sert du dilatateur de Barnes, il croit que c'est là une crainte vaine. En un mot il préfère au doigt un dilatateur mécanique, chaque fois qu'il devient nécessaire de pratiquer la dilatation, mais il est aussi d'avis que l'on doit laisser quelque chose à faire à la nature. Toute intervention implique la possibilité d'un danger quelconque.

Le Dr. Elliott RICHARDSON pense qu'il peut y avoir, par cette méthode, danger de rompre les membranes; or tous nos auteurs nous mettent en garde contre l introduction du doigt dans l'uterus et la rupture prématurée de la poche des eaux.

Le Dr. HARRIS fait observer qu'on a oublié une chose. Pourquoi l'os ne se dilate-t-il pas facilement quand c'est la tête qui est l'agent dilatateur? Par ce que c'est là une surface arrondie sur laquelle le col ne peut pas glisser facilement. Au contraire le doigt est appliqué sur plusieurs points successivement. Un des avantages de la méthode est que tout changement ou tout danger peut être immédiatement découvert. La méthode ne doit pas être employée sans discernement, de même qu'il ne faut pas, non plus, intervenir sans nécessité.

Le Dr. CLEEMAN n'est pas prêt à recommander sa méthode pour tous les cas d'accouchement. Il y a eu recours en des cas où la poche des eaux s'était prématurément rompue. Dans un cas tout récent, il avait pu épargner ainsi à la malade plusieurs heures de souffrance, et l'os n'avait été ni dilacéré ni lésé d'aucune manière. La seule vue des instruments, forceps, dilatateurs mécaniques, seringues, etc., est de nature à surexciter la malade et lui faire peur. Enfin, il arrive quelquefois que le dilatateur se rompt, ce qui produit un choc considérable sur le système nerveux de la parturiente.—*Journ. of the Am. Med. Assoc.*

De la valeur pronostique des battements du cœur fœtal pendant l'accouchement.—Le Dr BUDIN vient de communiquer à la Société de biologie un fait du plus haut intérêt et qui met en lumière plusieurs points que la physiologie expérimentale pouvait faire supposer, mais qu'aucune observation clinique n'était encore venue appuyer d'une façon aussi nette.

Ce fait est le suivant : Une femme après un travail prolongé et plusieurs tentatives infructueuses de forceps est amenée à l'hôpital Tenon. M. Budin, appelé auprès de la femme, apres avoir constaté un léger rétrécissement du bassin et un enclavement de la tête au détroit supérieur, essaye de terminer l'accouchement à l'aide du forceps. L'emploi de cet instrument ne donnant aucun résultat, et la femme étant épuisée, sans retirer le forceps on perfore le crâne. L'enfant au moment de la perforation était vivant, et pendant que le perforateur déchirait la substance cérébrale, on pouvait encore très nettement percevoir les battements. Dans le but de les faire cesser et pour éviter d'amener un enfant présentant quelques traces de vie, le perforateur fut dirigé vers le trou occipital, de sorte que, ainsi qu'on put le vérifier à l'autopsie, le bulbe fut complètement détruit. Malgré cette mutilation on put encore entendre les battements.

De nouvelles tractions furent essayées avec le forceps, mais malgré l'écoulement de la matière cérébrale elles restèrent infructueuses. Le forceps fut désarticulé et remplacé par le céphalotribe. Au moment où on commença à serrer la vis de pression, on put entendre encore les battements cardiaques, puis sous l'influence de la pression du céphalotribe ils ne tardèrent pas à disparaître.

L'accouchement fut terminé sans difficultés et on amena un enfant mort, sur lequel, ainsi que nous l'avons dit, on put constater que le bulbe avait été complètement détruit.

Voici donc un enfant dont la substance cérébrale a été complètement dilacérée au moyen du perforateur, dont le bulbe même a été détruit par l'action de l'instrument, et qui n'en conserve pas moins des battements pendant un temps assez prolongé. Ce n'est que l'action du céphalotribe qui, en refoulant la substance cérébrale au dehors et en partie du canal rachidien, par la compression imposée à la moelle, amène la cessation des battements cardiaques.

Cette observation démontre d'une façon péremptoire que chez un enfant qui n'est plus viable le fonctionnement du cœur peut se prolonger encore pendant quelque temps.

C'est un cas type qui nous explique ce fait souvent observé par des accoucheurs, que des enfants qui naissent en état de mort apparente, les uns sont rappelés facilement à la vie, tandis que les autres au contraire malgré des tentatives variées et prolongées ne peuvent être ranimés. Nous ne parlons ici que des enfants présentant des battements cardiaques. Il est présumable que chez les enfants de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qu'on ne peut ranimer, il s'est produit des phénomènes de compression du côté des centres nerveux ; compression dont l'origine aura été un travail prolongé, parfois l'application du forceps. La compression est insuffisante pour détruire la vie de suite, elle permet les battements cardiaques pendant quelque temps après la naissance, mais les centres nerveux sont altérés, quoique à l'autopsie on ne trouve le plus souvent aucune lésion appréciable, et ils ne sont plus aptes à la production du phénomène de la vie.

L'enfant venant au monde dans ces conditions présente une analogie avec la personne qui a fait une chute, qu'on relève et qu'on apporte à l'hôpital dans le coma, et qui y meurt dans les cas où les désordres nerveux produits sont graves. Cette personne présente des battements de cœur et aussi la respiration.—L'enfant ne présente que des batte-

ments cardiaques parce que chez lui les fonctions respiratoires ne sont pas encore établies.

Les phénomènes de compression nerveuse joueraient donc un rôle considérable dans la viabilité ou la non-viabilité du fœtus, à la suite des accouchements pénibles ou ayant nécessité une intervention produisant la compression du crâne.

Ces phénomènes de compression jettent quelque jour sur une autre catégorie de faits non moins intéressants et non moins vagues que le précédent. Nous voulons parler de ces enfants qui naissent à la suite d'un travail pénible dans des conditions à peu près normales, et qui au bout de quelques heures meurent en présentant des convulsions.

Ces enfants sont nés tantôt par le sommet, tantôt par le siége; dans les deux cas le passage de la tête a pu être difficile, ces deux phénomènes de compression out été développés par l'action utérine dans les cas de têtes premières, par les tractions qu'on a été obligé de faire sur le tronc dans le second.

Pourquoi ces enfants nés dans un état qui paraît à peu près normal meurent-ils subitement dans des convulsions plus ou moins généralisées? Il faut à notre avis ne voir là que le résultat de la compression cérébrale ou de l'isthme de l'encéphale ayant permis, vû leur degré, à la vie de s'établir, mais par le fait de leur existence même ne permettant pas sa continuation et en amenant la disparition au milieu de convulsions qui ne constituent ici autre chose qu'un symptôme terminal.—*Revue médicale française et étrangere.*

De l'ovarite aiguë et de la congestion pelvienne.—Clinique de M. T. Gallard, à l'Hôtel-Dieu.—L'inflammation de l'ovaire, surtout lorsqu'il s'agit d'une ovarite franchement aiguë, donne parfois lieu, à son début, à un ensemble de symptômes généraux assez intenses pour éloigner l'idée d'une maladie aussi localisée et faire croire même à l'imminence d'une fièvre essentielle. C'est ce qui nous est arrivé pour la malade actuellement couchée au No. 3 de la salle Sainte-Marie, et chez laquelle nous avons eu l'heureuse fortune, assez rare, surtout dans la pratique hospitalière, de pouvoir suivre toutes les phases de la phlegmasie ovarienne, depuis ses premières manifestations, jusqu'à son entier développement, en passant par des modifications pathologiques diverses que je tiens à vous signaler, car elles expliquent et justifient les hésitations d'un diagnostic qu'il n'était pas possible d'établir à ce moment d'une façon suffisamment positive.

Vous vous rappelez que quand cette femme s'est présentée à ma consultation du jeudi, je l'ai arrêtée au moment où elle se disposait à monter sur le lit du spéculum. A son facies vultueux, à l'air d'accablement et de fatigue qu'elle présentait, aux douleurs vives qu'elle accusait du côté de la tête en même temps que de l'abdomen, à son état fébrile très marqué, à sa démarche incertaine et vacillante, je la supposai atteinte d'une affection plus grave et surtout plus générale que celles pour lesquelles les femmes viennent d'habitude à cette consultation spéciale, et je l'engageai vivement à entrer à l'hôpital où il me paraissait indispensable de la soumettre à un examen plus approfondi de toute sa personne, car je songeais alors à la possibilité d'une fièvre typhoïde commençante.

Cette première impression ne fut pas confirmée par l'interrogatoire,

auquel mon interne procéda le soir même. Il apprit en effet que dix jours auparavant, cette femme avait été prise, à la suite d'une fatigue et d'un refroidissement, d'un malaise général, accompagné d'un arrêt brusque des règles, le soir même du premier jour de l'écoulement menstruel. C'est alors que se sont manifestés les accidents douloureux et fébriles; de petits frissons répétés, quelques nausées et de vives douleurs dans le bas-ventre forcèrent bientôt la malade à se mettre au lit. Malgré le repos, cet état ne fit que s'aggraver pendant les jours suivants; l'appétit avait disparu, la céphalalgie continuait, et les douleurs abdominales s'irradiaient jusque dans les reins. C'est seulement au bout de dix jours qu'elle se décida à entrer à l'hôpital et se présenta à ma consultation dans l'état que je viens de vous dire.

De plus amples renseignements nous ont appris que, jusqu'à cette époque, ses règles avaient toujours été irrégulières, sans cependant être douloureuses pendant l'écoulement; mais depuis un an, elles sont devenues plus abondantes et apparaissent quelquefois tous les quinze jours. Des douleurs assez vives et permanentes se font sentir pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'écoulement menstruel.

D'après ces commémoratifs, il y avait lieu de songer à une affection du système génital interne. Le ventre était souple et peu douloureux à la pression, et l'on ne sentait aucune tuméfaction à travers les parois abdominales.

Par le toucher vaginal on trouva un col assez gros, non altéré, et un peu ramolli à sa surface; le vagin était chaud, mais ses culs-de-sac étaient libres sans le moindre empâtement. La pression avec le doigt n'y réveillait aucune douleur; l'utérus seul était un peu douloureux, surtout lorsqu'on appuyait sur le corps et qu'on lui imprimait des mouvements avec le doigt; il était du reste plus gros et plus lourd qu'à l'état normal.

Ces signes locaux, joints aux autres symptômes généraux et à l'état fébrile dont je vous ai déjà parlé, me font songer aussitôt à une affection dont je n'ai observé qu'un très petit nombre d'exemples dans ma carrière médicale, à la métrite simple parenchymateuse aiguë, affection dont le développement s'expliquait très bien du reste par l'intervention du froid dans le cours des règles qui avaient été brusquement supprimées. Dans ces cas on ne doit pas considérer l'arrêt brusque des règles comme la cause de l'inflammation du parenchyme utérin, mais bien, au contraire, voir dans cette supression de l'écoulement menstruel un des premiers symptômes de l'inflammation utérine, produite par l'impression du froid.

Je fis appliquer dix ventouses scarifiées sur l'hypogastre, et je prescrivis pour le lendemain une purgation avec 75 centigrammes de calomel, en même temps que j'ordonnais des injections émollientes opiacées, des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des boissons délayantes et une alimentation liquide.

L'état général semblait s'améliorer et l'appétit revenir, quand, deux jours après, la malade se plaignit de nouveau de douleurs assez vives dans l'hypogastre, et en même temps la température, qui avait baissé sous l'influence du traitement antiphlogistique, s'éleva, et monta le soir à 38°4. Le toucher ne fit alors connaître rien de nouveau, et ce n'est que deux jours plus tard que l'on trouva dans le cul-de-sac latéral droit, près du bord de l'utérus, qui était toujours gros, mais plus mou, une

tumeur, grosse comme un œuf et très douloureuse à la pression. Le lendemain, on en sentit une seconde dans le cul-de-sac latéral gauche. Ces deux tumeurs étaient arrondies, sans empâtement périphérique, fuyant sous la pression du doigt ; on sentait de plus à leur superficie des battements artériels assez légers, mais très marqués.

Il nous fallut alors, je ne dirai pas modifier, mais compléter le diagnostic en reconnaissant l'existence d'une ovarite double là où nous avions cru d'abord n'avoir affaire qu'à une métrite simple.

La phlegmasie utérine n'est pas douteuse. Nous l'avons reconnue à notre premier examen, et après un amendement appréciable sous l'influence du traitement institué, nous la voyons persister même après que l'inflammation ovarienne s'est révélée à nous. Mais il nous reste à nous demander si cette inflammation ovarienne existait déjà lorsque la malade est entrée à l'hopital, et si elle existait, pourquoi elle a échappé alors aux moyens d'investigation qui nous ont permis de la reconnaître par la suite ?

D'après l'état dans lequel la malade s'est présentée à nous au moment de son entrée à l'hôpital, d'après la façon dont les choses se sont passées pendant les jours précédents, d'après les accidents qu'elle a alors éprouvés, je me crois autorisé à affirmer que ses ovaires étaient déjà enflammés tout aussi bien que l'utérus. Seulement ils en étaient, comme lui, à la première période de l'inflammation qui n'est encore caractérisée que par la simple congestion des tissus. Cette congestion portant à la fois sur tout le système génital : utérus, ovaires, trompes et même ligaments larges, pouvait, avec les phénomènes généraux qui l'accompagnent, être considérée comme représentant un des types les plus parfaits de ce que M. A. Guérin a décrit sous le nom de *congestion pelvienne*. Mais au lieu de se dissiper spontanément et en quelques heures, comme le fait la congestion non inflammatoire, la congestion qui accompagne le molimen menstruel, la seule que j'aie jamais observée à l'état de simplicité, cette congestion, première période de l'inflammation dont elle marquait le début, a été suivie des autres phénomènes dus au mode inflammatoire. Dès lors les tissus simplement turgides et gorgés de fluides se sont indurés sous l'influence de dépôts plastiques, comme le fait le poumon quand l'hépatisation succède à la congestion qui est la première phase de la pneumonie. Les ovaires étant ainsi devenus plus lourds sont retombés en arrière de l'utérus, dans le repli utéro-rectal du péritoine, au niveau de la réflexion du vagin, et c'est là que nous les avons sentis successivement à un jour de distance : l'ovaire droit le premier, l'ovaire gauche le lendemain.

Ce fait est pour nous un enseignement précieux, car il nous permet d'établir le diagnostic certain de l'inflammation de l'ovaire, qui, dans ce cas particulier, n'a pu être confondue avec aucune autre phlegmasie du voisinage, pas plus avec l'inflammation des ligaments larges qu'avec celle du péritoine pelvien.

Ici nous avons une ovarite double, ce qui n'est pas le cas le plus commun, l'ovaire gauche étant plus souvent enflammé que le droit. L'ovarite ne s'accompagne jusqu'à présent d'aucune complication autre que l'inflammation de l'utérus et peut-être aussi de la trompe. Mais si le péritoine n'est pas encore intéressé, il est à craindre qu'il ne tarde pas à l'être et que la formation de néo-membranes ne vienne singulièrement aggraver l'état de la malade, en fixant l'ovaire dans la situa-

tion anormale qu'il occupe actuellement, ce qui serait d'abord un obstacle à la fécondation, puis une cause de nouveaux retours de l'état inflammatoire.

C'est pourquoi, malgré l'amélioration relativement rapide que nous avons obtenue sous l'influence des révulsifs que j'ai fait succéder aux révulsifs, je n'ai accordé qu'avec une certaine hésitation à cette malade la permission de quitter l'hôpital où elle a séjourné plus d'un mois.

J'aurai occasion, messieurs, de vous dire dans une autre circonstance à quels accidents elle demeure encore exposée, et de vous parler du traitement très long, très minutieux, souvent très compliqué, qu'il convient d'instituer quand ces accidents se produisent et que l'inflammation de l'ovaire ou des autres tissus péri-utérins prend une marche chronique. —*France médicale.*

PÆDIATRIE.

Diagnostic et traitement de la syphilis héréditaire chez l'enfant.—Clinique de M. le Dr Jules Simon à l'hôpital des Enfants-Malades.—Vous ayant déjà amplement parlé des caractères de la syphilis héréditaire chez l'enfant, je m'en vais, aujourd'hui, concentrer toute votre attention sur le diagnostic et sur le traitement. Et tout d'abord, l'examen de l'enfant ayant été fait, vous avez à faire celui de la mère : et alors, par la gorge, par les fausses couches et par les divers renseignements qu'elle fournit, vous avez une base nouvelle. Le père, qui n'est pas toujours le mari, doit être, lui aussi, mis en suspicion. Vous lui demanderez s'il n'a pas eu quelques maux de gorge, quelques taches sur la peau, et vous ne tarderez pas, si votre interrogatoire est conduit avec la délicatesse que réclament les circonstances, à le voir entrer dans les aveux. Oui, vous répondra-t-il, j'ai perdu mes cheveux, j'ai eu de la courbature et des insomnies pour lesquelles mon médecin m'a donné quelques pilules.

Ayant reconnu la syphilis de cette façon, il ne vous reste plus qu'à appliquer le traitement ; mais avant de vous indiquer la médication à suivre, permettez-moi de vous présenter une série de maladies qui simulent, à s'y méprendre, cette affection. Le coryza chronique simple, par exemple, peut s'accompagner de petites croûtes impétiginenses, de diarrhée, et quelquefois même d'ecthyma. Ce qui différencie cette affection du coryza chronique syphilitique, c'est que le premier est plus humide, débute dès la naissance ou survient beaucoup plus tard, quatre ou cinq mois après, et s'accompagne de pharyngite et même de bronchite, tandis que dans le dernier les mucosités sont plus plastiques, plus purulentes. Vous trouverez bien des macules ; mais cherchez la configuration semi-lunaire, la couleur bronzée ; elle n'existe pas, et enfin les renseignements fournis par les parents vous enlèveront bien vite toute idée de syphilis.

Lorsque vous avez affaire à un eczéma de la face qui prend un caractère brun foncé, le diagnostic devient très difficile. J'ai guéri, en ville, avec le traitement spécifique, quoique ne pensant pas à la syphilis, un enfant qui, au sortir de convulsions, présenta des éruptions en forme de macarons. Le même fait vient encore de se produire rue Linné, où j'ai été appelé en consultation pour une gourme de la face bien limitée.

Après avoir examiné tout le corps, sans arriver à découvrir une trace de syphilis, nous n'avons fait que changer la nourrice.

Je vous ai dit qu'il m'était arrivé de voir sur le bas-ventre une éruption de pemphigus simple qui céda au traitement non syphilitique. Ce diagnostic, bien que très difficile, peut cependant être élucidé eu égard au siège, le bas-ventre et non pas les mains ou la plante des pieds.

Maintenant que je vous ai relevé ces faits, pour vous signaler les erreurs possibles dans le diagnostic de la syphilis, je laisse de côté le pronostic, qui est très grave, pour arriver tout de suite au traitement. Ici, la question va être très vite jugée, car il n'y a qu'un médicament, le mercure, qui soit très utile, et auquel on doit avoir recours même dans la période ultime. L'importance de ce fait est si grande, qu'un médecin de province, élève de l'école de Lyon, où on lui avait appris que le mercure était nuisible, m'écrit une longue lettre dans laquelle il me dit qu'on ne saurait jamais trop publier l'observation de l'enfant qu'il m'avait amené, tellement il était revenu de ses anciennes idées en voyant le mercure que j'avais ordonné produire d'aussi bons résultats.

Sous quelle forme allons-nous l'administrer ? Vous avez d'abord une préparation, l'onguent napolitain, qui est très facile à manier. Trousseau n'est pas de cet avis, parce qu'il irrite la peau des enfants. D'autres prétendent que l'absorption n'a pas lieu. Mais, pour avoir cette opinion, il ne faut pas avoir été étudiant en médecine, et ne pas avoir eu de la salivation mercurielle à la suite d'applications d'onguent gris sur le pubis. Ordonnez donc des frictions, en ayant soin, toutefois, de changer souvent d'endroit, de les faire assez longtemps, et de colorer votre pommade avec une substance quelconque afin de n'avoir pas en plus à lutter contre la mauvaise volonté des gens qui ont horreur du mercure.

Vous pouvez, d'autre part, faire prendre au nouveau-né la liqueur de Van Swieten à la dose de vingt gouttes par jour, en quatre fois, dans du lait, immédiatement avant la tétée. Il faut, en outre, que l'enfant soit exclusivement élevé par la mère, car vous ne devez jamais lui donner une nourrice, quelles que soient les conditions de cette dernière. S'il s'agit de la mère, même si elle n'est pas syphilitique, vous la traiterez en même temps.

Quant aux bains de sublimé, excepté lorsqu'il y a des boutons, je n'en donne pas, et voici pourquoi : le petit syphilitique a besoin d'une température de 18° et de repos ; or, sans compter les difficultés qu'on a pour se procurer une baignoire en bois ou les désagréments occasionnés par celle en zinc, si l'enfant bénéficie un peu du mercure, je vous certifie que les dix minutes de bain le fatiguent beaucoup plus.

L'enfant, sous l'influence de cette médication, ne tarde pas à être amélioré, et s'il ne dort pas ou si les autres signes ne disparaissent pas assez vite, augmentez la dose. Mais, au bout de quinze jours, lorsque tout aura disparu, devez-vous continuer la médication ? Y-a-t-il, en un mot, une limite bien établie ? Malheureusement non, et lorsque l'enfant a été blanchi, vous pouvez abandonner le traitement mercuriel pour voir jusqu'à quel point il sera amélioré, quitte à recommencer, et à recourir, si le temps de suspension est assez long, au traitement mixte Vous lui donnerez, à ce petit être qui a 4 ou 5 mois, s'il vous semble

qu'il a repris son embonpoint, la valeur d'une cuillerée à café de sirop de Gibert par jour, en plusieurs fois, dans un peu d'eau, et toujours au moment de l'alimentation. Au bout de quelque temps vous serez obligé quelquefois de revenir au traitement primitif, ce que, du reste, l'observation suivante vous prouvera mieux que les explications qui pourraient vous être données. Chez un enfant, qui m'avait été envoyé par un médecin, la réapparition des accidents secondaires me força à laisser de côté le sirop de Gibert pour reprendre le sublimé que j'avais suspendu après l'avoir ordonné. Et alors même que la syphilis parait éteinte, on la voit souvent réapparaître sous la forme d'une varicelle, comme cela eut lieu, à Genève, chez le même enfant. On ne s'y trompa pas ; on donna le mercure, et la guérison ne se fit pas attendre. En 1871, de retour à Paris, il eut une nouvelle varicelle sur la nature de laquelle le médecin ordinaire, qui n'était pas au courant, se trompa et soigna comme une vraie. Au bout de 15 jours, comme elle ne s'éteignait pas, je fus appelé, et, après avoir averti mon confrère, nous fîmes prendre soixante gouttes de liqueur de Van Swieten.

Vous voyez donc qu'on ne doit jamais se hâter de supprimer le mercure, et pour ce qui est des adultes habitant les grandes villes, j'irai encore plus loin en vous disant qu'ils doivent en prendre toute leur vie : d'abord pendant deux ans d'une manière à peu près non interrompue ; puis, à ce moment, vous suspendez le traitement pour revenir au sirop de Gibert, et vous n'oubliez pas de leur dire qu'il y a un point qui leur servira de critérium : chez l'un, ce sera une plaque muqueuse, chez l'autre un ganglion ou une tache sur l'épaule. L'adulte n'est jamais guéri, et peut reprendre la roséole, la varicelle quand il semble être à la période tertiaire, et c'est pour cela que je vous engage à n'user de l'iodure de potassium qu'à bon escient.—*Praticien.*

Quelques observations sur la diète des enfants.—Si une mère ne peut nourrir son enfant, il faut autant que possible fournir à celui-ci du lait d'une autre femme. La nourrice doit être jeune—au-dessous de trente ans,—en bonne santé et d'un bon caractère ; les seins et les mamelons doivent être bien développés et fournir une quantité suffisante de bon lait. Quant à la différence entre l'âge du lait et l'âge de l'enfant, la plupart des auteurs du jour s'accordent à dire qu'elle ne doit pas excéder six semaines. L'enfant de la nourrice elle même doit être vu, examiné et trouvé en bonne santé et exempt de toute affection constitutionnelle. On préférera en général une primipare dont l'enfant est mort. La nourrice, qui se trouve généralement à passer des labeurs d'une vie active à l'oisiveté d'une existence relativement luxueuse, est naturellement portée à manger tout ce qu'on lui présente de bon et ne prend que peu ou pas d'exercice. En conséquence, elle devient malade, son lait fait défaut et il faut changer de nourrice. En dépit de toutes les objections d'ordre moral, une jeune fille-mère est préférable. Elle peut être plus facilement contrôlée. Il est rare que la première nourrice convienne absolument ; souvent il faut en essayer plusieurs. Dans un cas dont je me souviens, on dut changer treize fois en deux semaines.

Après le lait de femme, le lait de vache constitue la meilleure nourriture pour l'enfant. Le lait provenant de plusieurs vaches doit être préféré à celui d'une seule vache, parce qu'il est plus apte à être d'une

qualité uniforme. Non dilué, le lait de vache est trop riche en gras et en caséine pour pouvoir être digéré facilement par le bébé. Durant les premiers mois de la vie, en effet, la puissance de digestion est presque nulle pour les aliments gras; la caséine du lait de femme se coagule en grumaux très tenus, tandis que celle du lait de vache donne des caillots beaucoup plus gros. Par l'addition de l'eau au lait, on facilite à la fois la digestion des matières grasses et de la caséine. On peut aussi atteindre le même but au moyen de la gélatine, de l'eau d'orge ou de l'eau d'avoine, ou encore de quelque alcali : eau de chaux, bicarbonate de soude, bicarbonate de potasse, etc. Quant au degré de dilution, l'auteur a trouvé qu'il y avait avantage à l'augmenter graduellement de mois en mois, suivant la formule du Dr Buckingham. Il prend huit parties, comme proportion constante pour le lait, et y ajoute vingt-quatre parties d'eau pour commencer. La décroissance se fait comme suit : durant les deux premières semaines : 8 parties de lait pour 24 d'eau; pour la 3e et la 4e semaines : 8 de lait pour 20 d'eau; pour le second mois : 8 p. 16; pour le troisième mois : 8 p. 14; pour le quatrième mois : 8 p. 12; pour le cinquième mois : 8 p. 10; pour le sixième mois : 8 p. 8; pour le septième mois : 8 p. 6; pour le huitième mois : 8 p. 4; pour le neuvième mois : 8 p. 2 : pour le dixième mois : lait pur.

A la naissance, l'estomac de l'enfant contient à peu près quatre onces; après le deuxième mois, il peut contenir six onces, et la capacité de l'organe augmente graduellement jusqu'à ce que au cinquième ou au sixième mois, il faut huit ou dix onces. Depuis le premier mois, l'enfant doit prendre toutes les deux heures. Après le deuxième mois, toutes les deux heures et demie ou même toutes les trois heures. Un peu d'eau, donnée entre les *repas*, calmera une certaine agitation qui se manifeste parfois chez l'enfant et qui semble due à la faim, tandis qu'elle reconnait pour cause l'indigestion. La digestion du lait prend deux heures à se faire.

Quand l'enfant se sert de *bouteille-nourrice* il est important qu'il introduise lentement le lait dans l'estomac; les *suces* ordinaires laissent couler le lait trop abondamment. L'auteur se sert maintenant d'une *suce* dans laquelle il pratique lui-même une ouverture avec une très fine aiguille rougie à la lampe à alcool. Ceci permet à l'enfant de boire comme s'il était au sein de sa mère. Le lait concentré (*can-condensed*) est trop riche en sucre. L'auteur conclut en disant qu'il a éprouvé tant de misères et de trouble avec les nourrices, qu'il préfère faire élever les enfants à la bouteille quand les mères ne les peuvent nourrir elles-mêmes.—Dr Clement CLEVELAND, in *N. Y. Med. Record.*

3866.—**Valeur diagnostique et thérapeutique des lavements simples d'eau froide dans le premier age**, par le Dr DEMLOW, de Breslau.— D'après une observation d'un enfant âgé de 6 mois, affecté d'une fièvre intense, chez lequel tous les phénomènes morbides tombèrent presque subitement à la suite de l'administration d'un lavement d'eau froide, l'auteur conseille l'emploi de ce moyen au début des maladies, alors que le diagnostic est encore incertain. De deux choses l'une : ou bien il n'y aura pas de troubles organiques sérieux, et l'on obtiendra très facilement la guérison d'une indisposition passagère, ou bien, dans les cas de processus inflamatoire véritable, on amènera une sédation

momentanée qui permettra d'asseoir le diagnostic sur une analyse patiente des symptômes, et la réfrigération produite par le lavement aura par elle-même un effet, sinon curatif, au moins palliatif sur l'inflammation.—*Paris médical.*

Troubles psychiques dans la première enfance, par le Dr Leidesdorf.—*Société impériale et royale des médecins de Vienne.* Séance du 23 mai 1884.—Il y a environ cinquante ans, dit l'orateur, on niait absolument l'existence de troubles psychiques chez les enfants. Dans ces dix dernières années, les aliénistes ont commencé à s'occuper plus attentivement de cette question. Si l'on regarde les statistiques des maisons d'aliénés, on est frappé du petit nombre d'enfants qui s'y trouvent. Ainsi, la statistique de la maison d'aliénés de Dobling (Vienne) montre, en trois ans, une réception de 1,714 malades âgés de plus de 18 ans, et de 17 âgés de moins de 18 ans. Aussi ne peut-on se faire une idée exacte de la fréquence des troubles psychiques chez les enfants, d'après le recensement de la population. Le dernier recensement de Berlin a montré que, dans l'âge adulte, il y a un aliéné sur 400 personnes, et dans l'enfance, un aliéné sur 1,400 individus. On ne peut donc tirer aucune conclusion de ces statistiques.

D'après les études et les observations minutieuses de M. Leidesdorf, il n'y a presque pas de troubles psychiques permanents chez les enfants, mais beaucoup de psychoses passagères. Tels sont les états de dépression que M. Leidesdorf a observée chez des enfants de 4 à 5 ans, qui, tout d'un coup, sont déprimés, tristes et de mauvaise humeur. Il a vu une petite fille instruite, bien élevée, intelligente et d'ailleurs très gaie qui, saisie soudainement de la crainte de perdre ses parents, de rester orpheline, délaissée de tout le monde, tomba dans une profonde dépression.

La dépression est quelquefois produite chez les enfants par une trop vive inquiétude sur leur état de santé; cela tient à ce que les parents montrent souvent un empressement exagéré à s'inquiéter de la santé de leurs enfants. Une autre cause de ces états de dépression est la vue d'individus morts ou malades.

Les hallucinations jouent un grand rôle dans la vie psychique des enfants. M. Leidesdorf a vu des enfants qui présentaient ces phénomènes au plus haut degré. Ces enfants deviennent pensifs, s'endorment, ont les cauchemars les plus terribles; tout d'un coup, ils sautent de leur lit, crient, disent voir des figures grimaçantes, des chiens, des chats, des serpents aux yeux flamboyants, des animaux féroces; enfin ils s'endorment de nouveau et, lorsqu'ils s'éveillent ils sont lucides, tranquilles et n'ont pas la moindre idée de ce qui s'est passé.

Il est encore un état psychique qui se rencontre quelquefois chez eux; c'est le somnambulisme naturel, qui survient par attaques, plusieurs fois par jour, non pas pendant le sommeil, mais à l'état de veille. M. Leidesdorf rapporte un cas de ce genre:

Une fille de neuf ans, intelligente et bien élevée, un peu anémique, est venue le voir avec sa mère. Les dix premières minutes, pendant lesquelles sa mère racontait les antécédents de la maladie, l'enfant était tranquille. Tout à coup, elle se met au piano, commence à jouer et à s'accompagner en chantant, puis elle se lève, commence à danser et traverse en dansant toutes les chambres jusqu'à ce qu'elle arrive dans

le cabinet d'étude du professeur. Là elle voit quelques crânes, ce qui l'effraie beaucoup. En dansant elle retourne dans le cabinet dont elle était partie, chante, danse exactement d'après la musique, puis elle s'assied et peu à peu redevient calme, lucide et tranquille, sans montrer la moindre connaissance de tout ce qu'elle avait fait quelques minutes auparavant, les yeux ouverts.

Enfin, il est une autre catégorie de troubles psychiques qui, malheusement, ne sont pas transitoires, comme les précédents, mais qui persistent toute la vie. Ce sont les imaginations forcées sur lesquelles la volonté n'a aucune influence. C'est ainsi, par exemple, qu'une fille est saisie de crainte à la vue d'une aiguille, craignant de l'avaler, etc. D'autres fois ce trouble se manifeste par des questions. Qu'est-ce que l'existence? Qu'est-ce que la création, le monde, la nature? Est-ce que nous existons ? etc., etc. Sans aucun doute, de telles pensées sont propres à troubler toute la vie des malheureux qui en sont atteints.

Des troubles psychiques durables chez des enfants agés de moins de 14 ans étant rares, M. Leidesdorf a cru devoir relater quelques cas de ce genre.

1o Un enfant de 9 ans, toujours bien portant, fut atteint d'une méningite dont il guérit.

Quelques temps après sa guérison, il eut des attaques maniaques, il se croyait le supérieur de tous ses collègues, se proposait d'entreprendre de grands voyages, finalement il eut le délire des grandeurs dans toute sa forme. Cet état est resté permanent et le malade est incurable.

2o Une fille de 6 ans, qui a eu une coqueluche suivie d'épistaxis, devient tout à coup timide, elle croit que sa sœur la persécute, qu'elle introduit du poison dans ses aliments; bref, elle a un délire de persécution. Après traitement, il y eut guérison.

3o Un garçon de 12 ans a eu, dans sa deuxième année, une méningite et, depuis lors, de fréquents maux de tête; d'ailleurs c'était un garçon intelligent, appliqué, toujours le premier dans sa classe, et ses maîtres étaient satisfaits de lui. Un jour, il vient à la maison et se plaint à ses parents que ses maîtres le persécutaient, qu'ils étaient tout à fait mécontents de lui, enfin qu'il était fort malheureux. Lorsqu'il allait dans la rue, il lui paraissait que de ses cheveux tombaient des bandes de papier sur lesquelles étaient écrites les plaintes de ses maîtres sur sa conduite et sur sa mauvaise application. C'était donc là aussi une forme du délire de persécution. Cet état s'est amélioré, puis il a récidivé, pour arriver enfin à complète guérison.

Les névroses (surtout la chorée, l'épilepsie et l'hystérie) peuvent mener à des troubles psychiques qui ne disparaissent qu'avec la maladie principale. Il y a quelques années, M. Leidesdorf a observé un cas de chorée avec hallucinations consécutives.

Dans l'épilepsie des enfants, on observe très souvent du vertige, qui n'est remarqué ni par les parents, ni par les enfants. Or, ce vertige a une grande influence sur l'éducation des enfants, sur toute leur vie psychique, et provoque souvent des états hypnotiques.

Enfin, l'hystérie provoque assez souvent des hallucinations, des délires et des paralysies compliquées. On a dit que fréquemment ces phénomènes hystériques sont simulés, mais cette simulation même, qui est une véritable psychose.—*Rev. des maladies de l'enfance.*

FORMULAIRE.

Diarrhée infantile.

1°—*Dr C. H. Avery.*

℞.—Acid. carbol.	gr xxiv
Spt. vini	gtt xxiv
Aq. menth. pip	℥iss
Mucil. acaciæ	ʒvi
Syr. papaver	ʒvi
Tr. opii	gtt x

M.—*Dose* : Pour un enfant ayant plus de trois mois : une cuillerée à thé toutes les deux heures.

2°—*A. Jacobi.*

℞.—Bism. subnitr	gr i
Cretæ præparat	gr ii
Pulv. ipecac. co	gr ½

M.—*Dose* : Pour un enfant de dix ou douze mois : en une seule dose, toutes les deux heures.

Choléra.—*Horner.*

℞.—Chloroformi	ãã ʒiss
Tinct. opii	
Spt. camph	
Spt. amm. arom	
Creasoti	gtt iii
Ol. cinnam	gtt viii
Spt. vini gallici	ʒii

M.—*Dose :* De dix à vingt gouttes dans de l'eau glacée, toutes les cinq minutes.—*N.-Y. Medical Record.*

Diarrhée irritative.—*Dr E. H. Bartley.*

1° ℞.—Ol. ricini	ʒiv
Bism. subnitr	ʒii
Magnes. carbonat	ʒi
Sacchari	ʒii
Ol. anisi	m vi

M.—*Dose :* Une drachme pour un enfant de six mois à un an.

2° ℞.—Vin. pepsinæ	℥iss
Bism. subnitr	ʒii
Glycerini	ʒiv

M.—*Dose :* Une drachme.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, par lettre, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2045, Bureau de Poste, Montréal, ou verbalement, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de $2.00 par année, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. Légaré.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. Gallien et Prince, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Le traitement du choléra.

Nous n'avons pu, dans notre dernière livraison, donner qu'un rapide résumé de la thérapeutique active du choléra, telle qu'elle a été mise en usage à Toulon et à Marseille depuis le commencement de l'épidémie. Dans une récente leçon, M. le professeur Hayem, de la Faculté de Paris, a exposé *in extenso* le traitement à suivre pour combattre le fléau. L'autorité du maître et l'actualité du sujet nous forcent à y revenir.

Durant la période prodomique ou de diarrhée simple, il faut, nous dit M. Hayem (1), calmer l'inflammation du tube intestinal. S'il y a indigestion ou symptômes d'embarras gastrique, vomitif à l'ipécacuanha, ou bien ingestion d'eau chaude suivie de titillation de la luette pour provoquer le vomissement. Repos au lit, diète sévère composée d'aliments très légers; quelques bains chauds; usage d'infusions aromatiques. Ces moyens suffisent souvent, même lorsqu'il y a de la diarrhée. Pour combattre celle-ci nous avons en premier lieu l'opium, sous forme de laudanum, à dose de dix à trente gouttes dans les vingt-quatre heures, ou sous forme de lavement à dose de 15 à 30 gouttes; soit seul, soit associé à un astringent. Les poudres absorbantes sont aussi d'une incontestable utilité : le sous-nitrate de bismuth à dose de

(1) *Tribune médicale*, n° 833 *et seq.*

cinquante grains à quatre drachmes par jour, le sulfure noir de mercure à celle de dix-huit grains, d'heure en heure, jusqu'à dose de une demi-once. M. Hayem se demande si ce composé mercuriel, quoique insoluble, n'a pas une certaine action sur les proto-organismes qui pullulent dans l'intestin à l'époque de la diarrhée prémonitoire. Il recommande également, avec M. Vulpian l'administration du salicylate de bismuth qui, en qualité d'antizymotique, est reconnu être si précieux dans les diarrhées les plus diverses.

A la période d'état, alors que l'attaque de choléra est confirmée, il faut une médication un peu plus énergique. Cependant, "il ne faut pas croire que toute attaque de choléra réclame un traitement très actif. En toute épidémie il y a des cas légers et moyens dans lesquels la solution favorable s'obtient facilement." A cette période, il faut surtout combattre les troubles gastro-intestinaux, ce qui se fait au moyen de l'ipécacuanha à doses vomitives si l'attaque s'est montrée d'emblée, ou si les phénomènes prodromiques n'ont pas encore été traités. Ce médicament ne doit pas être administré plus d'une fois. "L'opium est encore un agent qui, au début de cette période, peut rendre de grands services. Il est indiqué tant qu'il n'existe pas encore un ralentissement notable de la circulation." La dose est de quinze à vingt gouttes de laudanum dans une potion, en portant, au besoin, la dose à trente et quarante gouttes en vingt-quatre heures. L'usage de l'opium ne peut être continué longtemps, parce que le médicament peut s'accumuler pendant l'attaque dans le tube digestif et être absorbé en masse au moment de la réaction." M. Hayem insiste ici beaucoup sur l'emploi du salicylate de bismuth à dose de trois drachmes par jour. Les purgatifs sont plus nuisibles qu'utiles. Le sulfure noir de mercure et le calomel sont incertains et peu efficaces.

Une des difficultés d'administration des médicaments à cette période vient du fait que les vomissements sont parfois abondants et fréquemments répétés, et s'opposent à l'introduction des substances par les premières voies. Aussi, pour tourner cette difficulté est-il indiqué d'employer les injections hypodermiques. La morphine devra surtout être administrée de cette façon, à dose de gr. ⅓ qu'on renouvellera toutes les heures tant que la circulation sera suffisante "La morphine me paraît d'autant plus précieuse, dit M. Hayem, qu'elle s'adresse à la fois à tous les symptômes: vomissements, diarrhée, anxiété, cardialgie, phénomènes nerveux. Elle pourra être utilisée tant que la périodealgide n'est pas nettement caractérisée, c'est-à-dire tant qu'il y a des chances d'absorption par le tissu cellulaire sous-cutané" Pour combattre plus efficacement les vomissements, glace pilée ou râpée, que le malade avale aussitôt, sans la laisser séjourner dans la bouche; bière frappée, champagne frappé, pris en petites quantités à la fois, par quart de verre, toutes les demi-heures. Un sinapisme au creux épigastrique favorisera également l'arrêt du vomissement.

Contre la 3e période ou période algide, la thérapeutique reste la plupart du temps désarmée et impuissante. Ici il faut prendre en considération: 1° l'état du sang dont la masse, par suite de l'énorme transudation de sérum par l'intestin, est considérablement diminuée, le liquide sanguin étant surtout privé de son eau et de ses sels, ce qui le rend épais; circulant à peine, épaissi, presque stagnant, le sang se surcharge alors d'acide carbonique et devient acide, comme l'a démontré

M. Straus; 2° l'action probable du poison cholérique sur le système nerveux et sur le cœur qui est frappé d'adynamie.

L'on combat cette hyposthénie cardiaque au moyen des agents thermiques et des révulsifs : application de serviettes chaudes, frictions sèches, massage, etc. Dans les cas graves, le froid est plus efficace que la chaleur; on frictionnera les malades avec de la glace pilée ou de la neige. En outre, l'emploi des excitants diffusibles : thé, café, alcooliques, ammoniacaux, éther, etc.

M. Hayem combat l'état du sang au moyen de l'injection intra-veineuse d'une solution de chlorure de sodium (5 parties pour 1000 d'eau), sorte de sérum artificiel destiné à remplacer celui qui a transsudé par la muqueuse intestinale.

Cet exposé du traitement préconisé par l'éminent professeur de la Faculté de Paris résume, à peu de détails près, toute la thérapeutique du choléra.

Ringer (1) vante l'emploi du camphre contre la diarrhée de la période initiale. Il donne de quatre à six gouttes d'esprit camphré toutes les dix minutes d'abord, jusqu'à ce que les symptômes aient cédé un peu, puis toutes les heures. Il le mêle quelquefois à l'eau de vie. Solis Cohen (2) recommande aux malades de résister autant que possible au désir d'aller à la garde-robe. Il est aussi d'avis que l'opium et son alcaloïde la morphine sont les meilleurs agents à employer dans la période d'état. Flint préfère donner la morphine en poudre, sur la langue. Contrairement à la doctrine de M. Hayem, Cohen (3) estime qu'un grain constitue rarement une trop forte dose pour un adulte, et qu'on doit la répéter si nécessaire, même au risque d'amener un peu de narcotisme. Flint est plus prudent et recommande des doses fractionnées, administrées comme il vient d'être dit. Il est opposé à la méthode hypodermique. Pour M. Bouchut (4), l'emploi de la morphine par la méthode sous cutanée s'adresse à ce qu'il appelle l'empoisonnement cholérique du système nerveux, les vomissements étant un effet du pneumo-gastrique, la diarrhée un effet du sympathique et les crampes un effet spinal. Or la morphine fait cesser les vomissements, les crampes et la diarrhée. M. Bouchut recommande une injection de morphine à gr. $\frac{1}{6}$ toutes les trois ou quatre heures.

Les inhalations d'oxygène et l'emploi, à l'intérieur, de l'eau oxygénée n'ont pas donné des résultats merveilleux et ne sont guère en faveur.

Bartholow est en faveur des injections intra-veineuses de lait, d'alcool et de sérum artificiel à la période algide. Contre la diarrhée et les crampes, il conseille une combinaison de morphine et de chloral, de même que l'emploi du nitrite d'amyle en inhalations.

En vue de la nature parasitaire du choléra et de la découverte par Koch du bacille-virgule, on se demande pourquoi les antizymotiques sont encore si peu en faveur dans le traitement de la première période du choléra asiatique. Le bichlorure de mercure, l'antiseptique du jour, ne pourrait-il pas être mis à contribution? C'est la question que se pose Solis Cohen (5). A ce propos il rappelle le fait que Ringer se sert beaucoup d'une solution étendue de sublimé dans le choléra infantum et la diarrhée cholériforme.

---

(1) *Handbook of Therapeutics.* (2) *The Polyclinic*, vol. II, n° 2.
(3) *loco citato.* (4) *Paris médical*, 9 août 1884.
(5) *loco citato.*

Quoiqu'il en soit de la valeur réelle de ces diverses méthodes thérapeutiques, on peut dire qu'un traitement satisfaisant est encore à trouver pour la majorité des cas, et que, pour le choléra comme pour la diphthérie, *some are bound to live and some are bound to die.*

Bureau central d'examens.

Quelques confrères, actuellement fixés aux Etats-Unis, et non encore possesseurs de la Licence du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nous écrivent pour nous demander s'il est vrai que, à dater de l'automne prochain, nul ne pourra pratiquer la médecine dans la Province de Québec sans avoir au préalable, (s'il n'est déjà licencié du Collége) subi un examen devant le Bureau.

Nous leur répondrons que rien de tel n'a été décidé. La question du Bureau central d'examen pour l'obtention de la Licence du Collége ne reviendra devant le Bureau qu'à l'assemblée de septembre, et il se passera peut-être quelque temps encore avant qu'elle soit décidée. En cette occurence, nos jeunes confrères des Etats-Unis auront tout le temps d'être avertis de la chose et de se pourvoir d'une licence avant la mise en force de la loi nouvelle.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer de nouveau le désir que ce Bureau central d'examens nous soit donné le plus tôt possible. Il y va de l'intérêt de la profession comme de l'intérêt du public. Tant que les universités et écoles de médecine donneront des diplômes conférant le droit de pratiquer, on devra s'attendre à voir, chaque année, un certain nombre d'incapacités se faufiler parmi l'élite de nos gradués. Actuellement, c'est presque une course au parchemin, et pour peu que cela dure, les diplômes vaudront ici ce qu'ils valent en certaines soit disant universités de la république voisine. On ne doit pas oublier non plus que nous avons à nous protéger vis-à-vis d'Ontario, où la loi médicale exige un examen de tout médecin n'ayant pas obtenu son diplôme dans une université ou école de médecine de la province. Exiger la même chose des gradués d'Ontario ne serait que justice.

Il se fait actuellement parmi nous un mouvement très prononcé vers le rehaussement du niveau des études médicales. L'Université McGill exige maintenant de ses élèves *quatre* années (de six mois chacune) de cours au lieu de trois comme ci devant. En outre elle rend obligatoire une des sessions d'été, celle de la troisième année. Ainsi, pour dix-huit mois de cours qu'exigeait autrefois cette institution, elle en exige maintenant ving-sept. Nous félicitons cordialement l'Université McGill. L'initiative qu'elle vient de prendre lui fait le plus grand honneur, et nous souhaitons que cet exemple ne reste pas sans porter ses fruits ni sans avoir des imitateurs.

NOUVELLES MEDICALES.

Les courses annuelles pour venir en aide à l'hôpital Notre-Dame auront lieu au Parc Lépine, le 27 courant.

Le Dr S. Geo. Paquin a laissé St-Frédéric, Beauce, et est allé s'établir à St-Sylvestre de Lotbinière.

Les cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal s'ouvriront le 1er octobre prochain. Le discours d'ouverture sera prononcé par M. le Dr A. H. Pâquet.

En France, le choléra diminue d'intensité tous les jours. En revanche il s'est répandu en Espagne et en Italie où il exerce de très sérieux ravages.

La famille Astor a donné la jolie somme de $200,000 à l'Hôpital des Cancéreux, récemment fondé à New-York.

Feu Samuel Swett, de l'état du Massachusetts, a légué $100,000 à divers hôpitaux et dispensaires de Boston.

Mme la baronne Alquier vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique, à Paris, une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation, à Paris, d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de "Hospice Debrousse".

"L'Association Britannique" pour l'avancement des sciences s'est réunie cette année à Montréal. Nombre de savants ont fait la traversée de l'Atlantique pour venir assister aux séances de la Société qui ont réuni un auditoire aussi nombreux que distingué.

M. H. Sugden Evans, de Montréal, a été nommé analyste en chef pour toute la puissance du Canada, conformément aux dispositions de l'Acte concernant la falsification des aliments et des médicaments.

Des poursuites ont été intentées, dans le cours du mois de juillet dernier, au nom du Collége des Médecins et Chirurgiens P. Q. contre Pierre Dion, charlatan, de la paroisse de Saint-Césaire, comté de Rouville, Gabriel Courchêne, rebouteur bien connu, de la Baie du Febvre, et Théod. D. Whitcher, autre charlatan, de Beebe Plain, comté de Stanstead. Courchêne en est à sa deuxième poursuite et Whitcher à sa quatrième.

On vient d'offrir à M. le professeur Osler, de l'Université McGill, le poste important de professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie (Philadelphie), en remplacement du prof. Wm. Pepper, appelé à d'autres fonctions. Si M. le Dr Osler accepte cette offre brillante qui est un haut hommage rendu à son talent, son départ sera vivement senti à l'Université McGill.

On nous informe aussi que l'on a demandé à M. Osler de vouloir bien se charger de donner les *Croonian Lectures*, à Londres, dans le cours de l'hiver prochain.

Faculté de Médecine de Paris.—M. LeFort, professeur de médecine opératoire, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale, laissée vacante par suite de la démission de M. Gosselin.

M. Duplay, ci-devant professeur de pathologie externe remplace M. LeFort dans la chaire de médecine opératoire.

Par décret en date du 30 juillet dernier, M. Lannelongue, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe en remplacement de M. Duplay. M. Armand Gautier est nommé professeur de chimie médicale en remplacement de feu M. Würtz.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les cours de la Faculté s'ouvriront le 1er octobre prochain, et se donneront dans l'ordre suivant durant le terme finissant à Noël.

Pathologie générale.—Dr E. P. LACHAPELLE : 8 hrs, a.m., tous les jours.

Chimie.—Dr N. FAFARD : 9 hrs, a.m., tous les jours.

Toxicologie.—Dr H. E. DESROSIERS : 9 hrs, a.m., tous les jours.

Anatomie descriptive.—Dr A. LAMARCHE : 10 hrs, a.m., tous les jours.

Anatomie pratique.—Dr J. E. BERTHELOT : de 2 à 4 hrs, P.M., tous les jours, après le 1er novembre.

Pathologie interne.—Dr J. P. ROTTOT : 3 hrs, p.m., tous les jours.

Pathologie externe.—Dr A. T. BROSSEAU ; 4 hrs, p.m., tous les jours.

Ophthalmologie et Otologie.—Dr A. A. FOUCHER : 5 hrs, p.m., tous les jours.

Cliniques.—HÔPITAL NOTRE-DAME.

Clinique ophthalmologique.—Dr A. A. FOUCHER : 10 hrs, a.m., tous les jours.

Clinique médicale.—Dr J. A. LARAMÉE : 11 hrs, a.m. Lundi, mercredi et vendredi.

Clinique externe.—Dr A. T. BROSSEAU : 11 hrs, a.m., mardi, jeudi, samedi.

HOSPICE DE LA MISÉRICORDE.

Clinique obstétricale.—Dr A. DAGENAIS.—Avertissement spécial.

Les cours se donneront, comme les années précédentes, à l'ancienne bâtisse de l'Ecole Normale, rue Notre-Dame, en face de l'Hôtel-de-Ville. Le Séminaire de Québec doit faire commencer incessamment la construction des édifices universitaires sur la rue St-Denis, entre les rues Ste-Catherine et Dorchester. Ces édifices comprendront les facultés de droit et de médecine, musées, laboratoires, bibliothèques, salles de lecture, salons de réception, etc. Le coût en sera d'environ $100,000.

Association Médicale Canadienne.—La septième réunion annuelle de cette association s'est tenue à Montréal dans le cours de la dernière semaine d'août. Les séances générales et les séances des sections ont réuni un grand nombre d'auditeurs.

La première réunion a été consacrée exclusivement à la lecture des rapports des différents comités : Nécrologie—Education—Climatologie et Santé publique—Déontologie—Publication—Médecine pratique—Chirurgie—Obstétrique—Thérapeutique.

Aux séances des diverses sections, les travaux suivants ont été lus et discutés.

SECTION DE MÉDECINE.—1° Des derniers progrès dans l'alimentation des enfants—Dr A. D. BLACKADER, Montréal.—2° Cas d'emprisonnement de l'utérus gravide dans le bassin, suivi d'avortement—Dr O. C. BROWN, Acton Vale.—3° De la septicémie puerpérale—Dr John CAMPBELL, Seaforth.—4° Réclame médicale et médicaments secrets—Dr DUPUIS, Kingston.—5° De la méningite cérébro-spinale—Dr HARRISON, Selkirk, Ont.—6° De l'opiophagie et de son traitement—Dr Stephen LETT, Guelph, Ont.—7° De la maladie de Charcot—Dr COTTON, Cowansville, Ont.—8° De quelques variétés de dyspnée dans la maladie

de Bright—Dr R. P. HOWARD, Montréal. — 9° *Materia cogitans*—Dr Henry HOWARD, Montréal.—10° Du choléra asiatique—Dr MARSDEN, Québec.—11° Deux cas de diabète insipide, dont un avec goître exophthalmique—Dr WORTHINGTON, Clinton, Ont.—12° De quelques erreurs fréquentes en gynécologie—Dr GARDNER, Montréal.—13° Des rapports entre la profession médicale et le public—Dr PLAYTER, Ottawa.—14° De l'influence du climat du Canada sur la santé—Dr HINGSTON, Montréal.—15° De la pneumonie considérée comme maladie infectieuse —Dr OSLER, Montréal.—16° Présentation de cas—Drs R. L. MACDONNELL, GURD, REED, etc.

SECTION DE CHIRURGIE.—1° Abcès de la paroi abdominale, originant dans le *diverticulum* de Meckel—Dr FENWICK, Montréal.—2° De l'opération d'Estlander—Dr FULTON, Toronto.—3° Du myxo-sarcôme—Dr OLDRIGHT, Toronto.—4° Petites notes chirurgicales—Dr RODDICK, Montréal.—5° Ligature de l'artère tibiale antérieure dans un cas de fracture composée de la jambe—Dr SHEPHERD, Montréal.—6° Des brûlures et de leurs conséquences—Dr GARDINER, London, Ont.—7° Mode d'action et usages de la naphthaline—Dr James STEWART, Montréal.—3° Notes relatives à cinquante cas de trépanation de l'apophyse mastoïde—Dr REEVES, Toronto.—9° Des progrès les plus récents en chirurgie abdominale — M. Lawson TAIT, Birmingham, Angleterre.—10° De la respiration par la bouche, ses causes, etc—Dr MAJOR, Montréal.—11° De la paracentèse de la membrane du tympan—Dr PROUDFOOT, Montréal.—12° D'un parasite spécial dans un cas d'abcès de la cuisse—Dr BETHUNE, Wingham, Ont.—13° Cas de lipome congénital du pied—Dr BLACKADER, Montréal.—14° Cas de myome utérin—Dr GARDNER, Montréal.—15° Cas obscur d'anévrisme fémoro-poplité—Dr SHEPHERD, Montréal.—16° Du catarrhe naso-pharyngien—Dr RYERSON, Toronto.—17° De l'emploi de l'acide carbolique dans quelques maladies externes de l'œil—Dr BURNHAM, Toronto.—18° De la kératoscopie comme moyen de diagnostic dans l'astigmatisme—Dr DESJARDINS, Montréal.—Du Jequirity dans l'ophthalmie granuleuse—Dr BULLER, Montréal.

Nous espérons pouvoir, dans notre prochaine livraison, donner à nos lecteurs un résumé de quelques-uns de ces travaux.

NAISSANCES.

BLAGDON.—A St-Philippe de Néri, le 11 août, la dame du Dr H. W. Blagdon, un fils.

GAUTHIER.—A Abbottsford, le 20 août, la dame du Dr H. Gauthier, un fils.

MIGNAULT.—A l'Isle-Verte, le 31 août, la dame du Dr L. D. Mignault (de Montréal), une fille.

DÉCÈS.

HAMELIN.—A Louiseville, le 27 juillet dernier, à l'âge de quatre mois et six jours, Marie Ange, fille du Dr. J. L. L. Hamelin.

LADRIÈRE.—A Lévis, le 31 juillet dernier, à l'âge de trois ans, Blanche, enfant du Dr J. E. Ladrière.

OUIMET.—A Ste-Rose, le 30 août dernier, à l'âge de quatre mois, Adolphe-Edmond, enfant du Dr E. Ouimet.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes ;

par C. E. Lemieux, jr., M. D., Québec (1).

Historique.—Bien que l'idée d'attaquer directement les tumeurs de la vessie remonte à la fin du siècle dernier, ce n'est en réalité que depuis les travaux de Warner, Civiale, Leroy d'Etiolles, et après eux, Billroth, que des données certaines furent écrites sur ce sujet important. La période moderne renferme de plus les traités de Sir Henry Thompson, Whitehead et Pollard en Angleterre, et ceux de M. P. Bazy et Félix Guyon en France. Warner, en 1747 (2), peut être considéré comme le premier chirurgien qui de bon escient fendit l'urèthre chez une femme de 23 ans, porteur d'un polype qui faisait protrusion par le méat urinaire. Ce polype par son volume et sa position gênait beaucoup la miction qui ne pouvait se faire qu'à l'aide du cathéter, et cela depuis trois ans. Il fut heureux dans son opération. La vessie étant ouverte, il lia une tumeur du volume d'un œuf de dinde et la malade se rétablit.

Civiale se servit du litbotriteur. Aussi le voyons nous avec plus ou moins de succès *arracher et écraser* des tumeurs papillomateuses à l'aide de son trilabe.

Leroy d'Etiolles se contente de *lier* le pédicule à l'aide d'un porte-ligature spécial.

Billroth en 1875 réussit à enlever une tumeur villeuse de la vessie d'un jeune garçon en pratiquant une double lithotomie (périnéale et hypogastrique). Ses successeurs furent moins heureux que lui. En effet, Volkmann tente la même opération, mais voit son malade succomber quelques heures après, de péritonite.

Kocher (de Berne) fut plus heureux ; il guérit par la taille périnéale et un grattage énergique un adulte qui souffrait depuis deux ans d'hématuries rebelles et de douleurs intolérables, et qui rendait des urines d'une odeur insupportable.

Ces succès enhardirent les chirurgiens, et, de l'Allemagne, le mouvement se porta d'abord en Amérique, ensuite en Angleterre, et enfin en France où il s'est fait un grand nombre d'opérations de ce genre.

Robert Hudson fit paraître dans le *Dublin Journal of Medical Science*, (*June* 18, 1879) un travail important sur les fibromes papillaires et qui résulte de l'observation d'un malade qui succomba après de longues années, tourmenté par des hématuries, des douleurs, de la cystite à diverses reprises.

---

(1) M. le Dr Lemieux nous adresse ce travail de Paris où il est actuellement à compléter ses études médicales.

(2) *Cases of Surgery. 4th edition*—1784, p. 303.

Alexander W. Stein, de New York, fait paraître en 1881 un rapport de toutes les opérations qui se sont pratiquées jusqu'alors dans les deux sexes sur le réservoir urinaire, et, dans ses commentaires, il veut que l'on se hâte d'intervenir chez la femme par les voies naturelles dilatées par la *colpo-cystotomie*, tout en reconnaissant cependant que par la cystotomie sus-pubienne les parties sont mieux exposées à la vue, avantage qui dans certains cas doit primer toutes les autres considérations.

Pour la première fois, le 11 avril 1882, Sir H. Thompson communiqua à la *Royal Medical and Chirurgical Society*, de Londres, un premier cas d'exploration suivi d'extirpation d'un fongus de la vessie, et depuis cette époque il a pratiqué un très grand nombre de fois cette opération, soit dans un but diagnostic, soit dans le but de délivrer le porteur de son néoplasme.

Les idées de Sir H. Thompson furent partagées par Morgan, Whitehead et Pollard qui ont pratiqué l'opération de ce grand chirurgien quatre fois chez l'homme et deux fois chez la femme, et de plus en ont fait un rapport ou travail très intéressant dans *The Lancet* (6, 13 et 20 octobre 1883).

Les allemands Simon, Winckell, Bishop, Marie Heim Vœgelin n'ont pas voulu se laisser devancer, et tous sont couronnés de succès.

En France, c'est à M. Pierre Bazy que revient, en 1882, l'honneur de la première opération de ce genre, après avoir précisé et le diagnostic et le procédé opératoire. Le sujet, homme de 47 ans, fut opéré le 20 décembre 1882. Dès le lendemain il ne souffrait plus et ses urines étaient devenues claires et limpides. Mais peu à peu il perdit l'appétit, il eût des accès de fièvre, la langue se sècha, l'affaiblissement fut progressif, enfin, six mois après l'opération, il mourut sans souffrances ni secousses.

Maintenant que nous avons passé en revue et mentionné les noms de ceux qui ont fait progresser la chirurgie dans la question importante qui fait le sujet de ces notes, qu'il nous soit permis d'entrer dans la question et de passer subséquemment en revue: 1o. la nature histologique et les variétés ; 2o. le siège ; 3o. le diagnostic avec les indications et contre-indications opératoires ; 4o. les diverses opérations.

Nature histologique et variétés.—Les travaux de Braxton Hicks (*Lancet*, 1867), de Sir H. Thompson, de Coulson et d'Harrison en Angleterre ; ceux de Gross et de Stein en Amérique et ceux des Allemands Virchow, Roser, Volkmann, Kocher et Billroth ont, il est vrai, rendu de réels services, mais cependant il est encore très difficile de donner une classification anatomique des néoplasmes de la vessie. Tout ce que l'on est parvenu à faire jusqu'ici a été d'assigner à un certain nombre de dégénérescences et de productions pathologiques une place dans la nomenclature. Jusqu'ici c'est la tuberculose vésicale qui nous est la mieux connue, et cela, grâce aux travaux de M. Tapret, de l'école de Necker (1).

A M. Molinier nous sommes redevables d'un excellent travail sur les fongus villeux et les angiomes villeux. (2)

---

(1) Tapret. Tuberculisation des organes urinaires.—Arch. gén. de méd. 1878, t. I, p. 513 et 1879, t. II, p. 403.

(2) Molinier. Essai sur le fongus villeux et l'angiome villeux de la vessie. Thèse de Paris, 1870.

M. Féré, dans un mémoire qui a été couronné, nous cite tous les faits de cancer rencontrés dans les diverses publications scientifiques. Ainsi c'est du microscope que nous devons attendre la solution définitive de la question. En attendant nous devons nous contenter de la grande division qui s'impose d'elle-même, c'est-à-dire *tumeurs bénignes* et *tumeurs malignes*.

Dans la première catégorie, plaçons les papillomes (lisses et villeux), les myxomes, les fibromes, les myomes, et dans la seconde, nous rangerons les épithéliomes, les encéphaloïdes, les squirrhes, les colloides, les sarcomes.

La variété la plus commune des tumeurs de la vessie est, suivant Erichsen (7e édition, t. II, p. 848), la forme villeuse. Cette tumeur est absolument bénigne et dans le plus grand nombre des cas est alliée aux papillomes. Cette variété de tumeurs consiste en un grand nombre de petits appendices filiformes qui flottent librement dans le contenu de la vessie.

A l'examen microscopique on voit que ces appendices sont formés par des anses capillaires liées entre elles par un tissu conjonctif très délicat et dans certains points presque homogène avec de nombreux noyaux qui les entourent. Ces appendices sont revêtus d'un épithélium analogue à celui qui tapisse le réservoir urinaire.

On peut quelquefois trouver dans les urines des fragments de ces excroissances qui peuvent servir au diagnostic de la maladie.

Au sujet des tumeurs bénignes, Stein donne les chiffres suivants : papillomes, 60 ; myxomes, 15 ; fibromes, 15 ; myomes, 3 ; mais il fait remarquer qu'il est très rare de rencontrer le fibrome pur.

Quant aux tumeurs malignes, il n'a pas laissé de chiffres, mais Gross pense qu'elles sont très rares et que le plus souvent c'est l'encéphaloïde que l'on rencontre.

Erichsen (*loc. cit.*) dit aussi qu'elles sont très rares et ajoute que quand on les rencontre elles sont le plus souvent le résultat d'un cancer développé dans les organes voisins : prostate, rectum ou utérus.

Walshe prétend dans tous les cas qu'elles ne se rencontrent pas avant 40 ans.

Féré (*loc. cit.*) donne les chiffres suivants pour les tumeurs malignes : encéphaloide ou médullaire, 39 ; squirrhe, 7 ; épithéliome, 5 ; sarcome, 3 ; colloide, 1 ; il est facile de voir par ces deux tableaux que les tumeurs bénignes sont de beaucoup les plus fréquentes.

Siège des néoplasmes vésicaux.—Il est admis par tous les auteurs que la base de la vessie est le siège de prédilection des tumeurs de cet organe. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter à M. Féré les chiffres suivants qui en font preuve :

Base, 26 ; paroi postérieure, 17 ; voisinage de l'uretère gauche, 8 ; voisinage de l'uretère droit, 5 ; base et paroi postérieure, 7 ; paroi postérieure et paroi supérieure, 5 ; base et paroi antérieure, 3 ; paroi postérieure et latérale gauche, 2 ; base et paroi latérale gauche, 2 ; base et paroi latérale droite, 1 ; paroi latérale gauche, 2 ; paroi latérale droite, 2 ; paroi antérieure, 2 ; paroi antérieure et supérieure, 1 ; col, 3 ; sommet, 2 ; tumeurs diffuses, 8.

Une chose assez digne de remarque c'est l'intégrité des ganglions lymphatiques pelviens et lombaires dans les tumeurs de la vessie his-

tologiquement démontrées les plus malignes, de même que l'absence de l'infection générale de l'économie. C'est M. Sappey qui a démontré qu'il ne se trouvait pas de réseaux lymphatiques dans l'épaisseur des parois du réservoir de l'urine. Ainsi, inutile de dire que l'envahissement secondaire est chose rare.

Bien plus souvent, comme le fait remarquer Erichsen, c'est le contraire qui a lieu ; c'est-à-dire qu'à la suite de néoplasmes malins ou de tumeurs des organes, utérus, rectum ou prostate, on peut avoir des dégénérescences secondaires de la vessie, mais alors il va sans dire que toute intervention est contre-indiquée.

Mais quand le néoplasme siège au trigone vésical et que un ou les deux uretères sont intéressés, et que leur lumière est en partie ou en totalité obstruée, alors on voit survenir des complications rénales secondaires qui sont l'hydro-néphrose, la pyélite, la sclérose simple ou compliquée de néphrite suppurée.

Ainsi, comme résumé, disons :

Les néoplasmes bénins (papillomes, etc.,) sont plus fréquents dans la vessie que les néoplasmes malins.

Le siège de prédilection des uns et des autres est la base, le trigone et la paroi postérieure de la vessie.

Tous deux (bénins et malins) ont une tendance à se pédiculiser. L'engorgement ganglionnaire et l'infection générale de l'économie sont choses extrêmement rares.

Les lésions inflammatoires de la vessie sont tardives et même exceptionnelles en l'absence de toute provocation autre que celle du néoplasme. Les lésions des reins paraissent également tardives.

Diagnostic des néoplasmes vésicaux.—La précision du diagnostic étant la condition indispensable de toute bonne thérapeutique, nous avons cru, pour faciliter l'étude, devoir diviser en deux classes distinctes les symptômes que l'on rencontre : 1o. Symptômes rationnels ; 2o. Signes physiques.

Symptômes rationnels.—M. Guyon dont on connaît les travaux sérieux nous dit que les caractères de l'hématurie suffisent par eux-mêmes et en dehors de toute exploration vésicale pour affirmer le diagnostic : tumeur de la vessie.

C'est en effet ce pissement de sang qui domine toute la symptomatologie des néoplasmes vésicaux et l'emporte de beaucoup sur les autres symptômes que l'on rencontre, v. g. fréquence des mictions, douleurs, etc., ce que l'on rencontre aussi dans d'autres affections de cet organe (cystite, rétention).

En effet il est très rare que cette hématurie fasse défaut dans le cours du développement d'une tumeur vésicale ; elle en est souvent le premier et quelquefois même l'unique symptôme. (1)

Mais cette hématurie a un caractère qui lui est propre en ce qu'elle se produit spontanément et sans cause provocatrice, et c'est le plus souvent le matin au réveil et pendant la nuit qu'elle se produit. Le repos n'a donc aucune influence sur elle, contrairement à ce que l'on rencontre chez les calculeux. Ces hématuries ont encore ce caractère qui leur est propre, à savoir qu'elles disparaissent comme elles sont venues, c'est-à-dire brusquement. D'une miction à l'autre la métamor-

(1) Ashurst, *Philadelphia Med. Times*, t. II, p. 366, 1872.

phose est complète sans que rien ne puisse venir expliquer ce changement qui, pour se servir de l'expression de M. Féré (*loc. cit*), " tient de la féerie."

M. Guyon explique cette marche particulière des hématuries des néoplasmes vésicaux par leur processus pathogénique qui est plutôt congestif qu'ulcératif.

Mais la longue durée, l'abondance et la fréquence de ces hématuries qui peuvent très rapidement emporter le malade vient ajouter un nouveau point important dans le diagnostic.

La marche de ces hématuries est absolument capricieuse, car il faut se rappeler qu'elles se manifestent pour ainsi dire par périodes de quelques jours, d'une semaine ou quelquefois même d'un mois, et ensuite elles sont séparées par de longs intervalles de calme le plus absolu. Il faut donc être très particulier quand on questionne un malade sur la façon dont se produisent ses hématuries.

J'emprunte à M. Guyon (1) le tableau résumé suivant des principaux caractères des pissements de sang symptomatiques d'un néoplasme, d'un calcul vésical ou d'une affection rénale.

Néoplasme de la vessie.	*Calculs de la vessie.*	*Maladies des reins.*
Hématurie.	Hématurie.	Hématurie.
Sans douleur.	Douloureuse.	Douleur dans les lombes.
Spontanée.	Provoquée par la fatigue, la marche, la voiture.	Moins souvent spontanée ; provoquée par les efforts, la fatigue.
De longue durée.	De courte durée.	De courte durée.
Ne disparaissant pas par le repos.	Disparaît par le repos.	Ce n'est qu'à la fin qu'elles se prolongent.
Cesse brusquement et sans cause.		Se répètent souvent.

La quantité de sang que rend le malade n'est pas toujours la même au début, au milieu ou à la fin de la miction ; elle varie dans sa coloration, claire ou à peine teintée en rose au début, elle se colore de plus en plus vers la fin. On remarque il est vrai ce pissement de sang dans trois affections, mais il est beaucoup plus abondant dans les cas de tumeurs vésicales, et comme le fait remarquer M. Féré : " Cette différence peut s'expliquer non-seulement par la contraction de la vessie mais surtout par la diminution de la pression intra-vésicale qui favorise la rupture des vaisseaux mal protégés de la tumeur."

L'urine ne contient ni mucus ni pus ; en un mot, en dehors des hématuries, elle est claire et limpide comme de l'urine normale. Ce fait est digne de remarque, et les choses se comportent ainsi jusqu'à ce que la maladie en soit rendue à un point tel que toute intervention chirurgicale soit impossible. Vers la fin de la maladie l'urine prend de nouveaux caractères ; elle devient épaisse, floconneuse, boueuse et prend une odeur particulière, celle de *macération anatomique.*

Les fragments de tumeurs qui peuvent se rencontrer dans les urines, même sans qu'il y ait jamais eu d'hématuries, constituent à eux seuls

(1) Guyon, Leçons cliniques des mal. des voies urinaires, professées à Necker, 1876-77.

des caractères si précieux que je ne crois pas devoir insister plus longuement sur ce point.

La douleur, qui est le second symptôme rationnel, est si peu importante qui nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de nous y arrêter. En effet, la tolérance de la vessie est extrême chez certains sujets, car on voit des dégénérescences qui pour avoir envahi toute une paroi de l'organe ne causent aucune dou'eur ; mais on a le change dans les cas appelés, en Angleterre, *irritable bladder*, terme désigné en France sous le nom de *cystalgie*. Mais ces douleurs éprouvées par les contractions de la vessie expulsant son contenu, douleurs qui durent quelquefois plusieurs jours sans discontinuer, sont très vraisemblablement les indices d'une propagation de la tumeur vésicale aux organes voisins, et se font alors sentir dans les lombes, le périnée, l'aine, le long de la cuisse, etc.

Signes physiques.---On peut classer les signes physiques en deux catégories distinctes :

1o. Ceux qui se présentent d'eux-mêmes à l'attention du chirurgien et même des malades ; 2o. Ceux qu'il faut rechercher avec discernement et méthode.

Les premiers s'observent surtout chez la femme. En effet dans ce sexe la tumeur qui est le plus ordinairement pédiculée sort par l'urèthre, soit au moment de la miction, soit d'une manière permanente.

Ces tumeurs qui quelquefois sont volumineuses et pédiculées peuvent parfois déterminer l'inversion de la vessie.

Mais il n'en est pas de même des seconds qui nécessitent, de la part du chirurgien, des manœuvres délicates, pouvant déterminer, par elles-mêmes, des accidents graves. Ces derniers méritent d'attirer plus longuement notre attention ? On les reconnaîtra :

1° Par la palpation hypogastrique et le toucher rectal isolés ou combinés.

2° Par le cathétérisme vésical.

3° Par une véritable opération permettant l'exploration digitale de la vessie.

A.—*Palpation hypogastrique et toucher rectal.*—Toutes les fois que l'on voudra explorer les viscères du petit bassin, chez l'homme ou chez la femme, on devra observer le décubitus dorsal et même placer un coussin sous le siège du malade, afin que la pression des viscères ne vienne pas gêner les recherches. Cette position a ceci d'avantageux, c'est qu'elle permet au chirurgien, suivant les besoins, de combiner le toucher rectal et le palper abdominal. De plus, condition importante, la vessie doit être vide.

M. Guyon ne cesse de répéter, dans son admirable ouvrage sur les maladies des voies urinaires, que l'on ne saurait agir avec trop de douceur et de délicatesse lorsqu'il s'agit du cathétérisme Alors le chirurgien déprimera lentement, avec douceur, mais profondément la paroi abdominale, car si l'on agissait autrement, il y aurait, à n'en point douter, des spasmes des muscles droits qui gêneraient considérablement l'examen sérieux qui est le but que nous poursuivons.

Mais là ne se borne pas l'examen. Outre l'état d'intégrité de la région prévésicale constaté par le palper abdominal, il faudra aussi se rendre compte de la liberté des fosses iliaques et explorer la région des ganglions lombaires.

Le toucher, rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, nous renseignera mieux que la palpation abdominale pour la raison toute simple que par ces deux voies la couche des tissus est de moindre épaisseur, et aussi parceque, comme nous l'avons déjà dit, c'est sur le bas-fond, le trigone et la paroi postérieure de l'organe que siègent, de préférence, ces néoplasies. On pourra constater, par ce mode d'examen, le degré de souplesse ou de rigidité des parois vésicales, et aussi apprécier la mobilité des organes du petit bassin, c. a. d des rapports qu'il affecte, soit avec le rectum chez l homme, soit avecl'utérus chez la femme.

Nous n'hésitons donc pas à dire que de tous les procédés mentionnés pour faire l'examen de la vessie, c'est le toucher rectal ou vaginal combiné à la palpation hypogastrique qui, reconnu comme étant le plus simple, est aussi le meilleur. Car nous ne pensons pas qu'il soit avantageux d'employer le mode d'exploration de Volkmann, qui est connu sous le nom d'examen *bi-manuel*, et qui consiste à introduire chez le sujet chloroformé un ou deux doigts de la main gauche suivant l'âge, dans l'intestin, et cela aussi loin que possible, tandis qu'un aide presse avec ses deux mains la région hypogastrique pour repousser la vessie vers les doigts du chirurgien. Alors, si quelques corps se rencontrent entre les doigts du chirurgien et les mains de l'aide, le chirurgien va à la rencontre de l'obstacle en passant sa main sous celles de l'aide, c'est-à-dire entre celles ci et la paroi abdominale, et peut ainsi étudier, palper et même saisir la partie malade de l'organe. Mais ce procédé n'est pas exempt, suivant nous, d'accidents graves et quelquefois même promptement mortels.

B.—*Cathétérisme vésical.*—Le cathétérisme donne des renseignements beaucoup moins précieux que ceux qui nous sont fournis par le palper hypogastrique, et même ces renseignements peuvent être tout à fait négatifs. Ensuite il est bon de savoir que le cathétérisme, même bien fait et par les mains les plus habiles, peut déterminer des hémorrhagies mortelles. Nous avons, pour appuyer cet avancé, les observations d'hommes éminents, tels que Tufnell (1), Rendu (2), Langlebert (3), Féré (4). Pour M. Guyon, la crainte de ces hémorrhagies était si grande que comme règle générale il ne voulait pas qu'un sujet porteur de tumeur vésicale fût sondé, excepté toutefois dans les cas où la présence de caillots ou quelques autres accidents fussent venus pour ainsi dire forcer la main du chirurgien. Mais aujourd'hui, on passe un peu par dessus cette règle, car il faut apprécier les contours, le volume, le siège et la consistance de la tumeur.

L'instrument a aussi de l'importance, et le meilleur dans ces cas est la sonde exploratrice métallique à bec court et sans yeux, car les bords tranchants de ces ouvertures pourraient infliger une nouvelle blessure à l'organe déjà malade. Lorsque la sonde rencontre dans la vessie une tumeur villeuse en forme de longs filaments arborescents et flottants dans le liquide contenu dans l'organe, elle transmet, suivant M. Guyon, une sensation qu'il compare à celle que l'on pourrait éprouver en caressant avec le bec de cette même sonde une longue barbe soyeuse.

---

(1) Tufnell—*Dublin Quart. Journ. Med. Sc.*, 1865, Vol. 59, p. 470.
(2) Rendu—Bulletin Soc. Anat., 1869, p. 543.
(3) Langlebert—Bulletin Soc. Anat., 1876, p. 256.
(4) Féré—*Loc. cit.*, p. 74.

C.—*Exploration digitale de la vessie.*—Ce moyen, en effet, est très efficace et l'emporte même sur la vue dans la constatation des lésions situées à grande profondeur. Sir H. Thompson le considère comme tellement important qu'il n'hésite pas à le pratiquer, même chez l'homme, par une opération préliminaire.

Après toutes ces données, nous croyons devoir conclure que le diagnostic des tumeurs vésicales est possible dans bon nombre de cas; mais les hématuries, il ne faut pas l'oublier, constituent, avec le toucher rectal ou vaginal, uni au palper hypogastrique, les moyens qui sont les plus importants.—(*A suivre.*)

NOTES DE THERAPEUTIQUE; (1)

par H. E. Desrosiers, M. D.

Professeur à l'Université-Laval, (Montréal), Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Mercuriaux.—Acide sulfureux.—Iodure de potassium.—Goudron et térébenthine.—Régime sec.

Mercuriaux.—Dans une note lue à l'Académie de médecine de New-York, le Dr A. Jacobi, après avoir établi qu'une expérience de nombre d'années lui a appris à placer, en l'emploi des mercuriaux, dans le traitement de la diphthérie, une confiance plus grande qu'il n'en avait auparavant, en vient (*N. Y. Medical Record*) aux conclusions suivantes:

1. Le traitement des affections pseudo-membraneuses des organes respiratoires par le mercure promet de bons résultats. 2. Le sublimé corrosif est la préparation mercurielle la mieux adaptée à la médication interne. 3. On doit, par l'administration de doses fréquemment répétées, mettre le système sous l'influence du remède. 4. On le doit administrer dilué dans la proportion de 1 pour au moins 3,000 ou 4,000. 5. Les très jeunes enfants supportent la dose de un demi grain et même davantage par jour, et cela durant plusieurs jours de suite. 6. La salivation et la stomatite sont rares et guérissent très bien. Rares aussi les troubles gastro-intestinaux; au reste ils sont légers et peuvent être évités par l'usage d'aliments mucilagineux et amylacés ou l'administration de petites doses d'opium. 7. Si le bichlorure est mal supporté, des onctions à l'oléate de mercure peuvent être faites, soit seules, soit alternant avec l'administration du sublimé par les premières voies, 8. Le traitement du croup peut, en grande partie, être prophylactique. La plupart des cas sont compliqués de diphthérie de la gorge ou en sont la suite. Sans vouloir préconiser un traitement exclusivement local qui, chez les malades récalcitrants, doit être employé de force, et cela, au grand détriment du patient, j'attire l'attention sur l'emploi local du mercure sur le pharynx, tant chez les malades que chez les sujets sains, comme moyen d'empêcher le larynx d'être envahi par la maladie.

Acide sulfureux.—M. Herbert Collier considère (*Medical Times and Gazette*) le traitement local du *lupus vulgaris* par l'acide sulfureux

---

(1) Voir la livraison d'août.

comme étant celui qui, jusqu'ici, lui a donné les résultats les plus satisfaisants : cinq guérisons sur neuf cas. L'acide sulfureux agit à la fois comme parasiticide et comme stimulant local, comme on le peut constater dans le traitement d'un grand nombre de maladies des surfaces muqueuses et cutanées. L'auteur le préfère de beaucoup à l'acide carbolique. Il l'emploie sous forme de lotion, d'huile ou de vapeur. La lotion se prépare en ajoutant à l'acide, deux, trois ou quatre parties d'eau. C'est là une préparation élégante et commode qui peut être appliquée sur aucune partie de la face sans produire le moindre effet désagréable. Il faut seulement répéter l'application souvent, parceque l'évaporation s'en fait avec rapidité. L'huile n'offre pas cet inconvénient ; elle se prépare en dissolvant l'acide pur dans de l'huile de ricin ou d'olive. C'est à cette forme que l'auteur donne la préférence, surtout quand elle est préparée à l'huile de ricin qui dissout mieux l'acide et le laisse moins s'évaporer, formant aussi sur les plaies un enduit plus épais.

Iodure de potassium.—Le Dr Luigi GUALDI (*Lancet* et *Journal of the American Medical Association*) est un de ceux qui regardent la pneumonie comme étant une maladie générale à manifestations locales, et la combat au moyen de l'iodure de potassium, à dose de 8 grains toutes les deux heures, et d'applications locales glacées. Dans trente-neuf cas traités de cette façon, il a constaté les effets suivants : les crachats, d'épais et visqueux qu'ils étaient, se fluidifiaient dès le second jour, au point de ressembler à du sérum pur et simple, diminution de l'état fébrile et de l'épuisement général, même en l'absence de toute amélioration dans l'état du poumon lui-même ; enfin, augmentation si considérable de l'appétit qu'il a fallu la plupart du temps augmenter d'une manière notable la diète ordinaire des malades. Mortalité : 6 p. 100. Dans l'opinion de l'auteur, le fait de la diminution considérable de l'état fébrile et de l'épuisement général indépendamment de toute modification pulmonaire locale vient bien à l'appui de la théorie qui veut faire faire de la pneumonie une maladie de tout le système. Il termine en faisant remarquer que le traitement par l'iodure réussit mieux chez l'enfant que chez l'adulte ; que le médicament doit être administré dès le début de la maladie ; que tout en modifiant favorablement l'etat général, il reste sans effet sur la lésion pulmonaire ; que l'iode et le potassium se séparent dans le sang pour exercer chacun leur action spéciale ; finalement, que la glace n'agit ici que comme adjuvant sur la lésion pulmonaire qui n'est qu'un effet de la maladie. La glace ne doit être appliquée qu'à la période de congestion ; elle fait mal alors que le poumon est hépatisé.

Goudron et térébenthine.—Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont été mis au courant d'un nouveau mode de traitement de la diphthérie par les inhalations de vapeur de goudron et de térébenthine, traitement proposé par M. Delthil, de Nogent-sur-Marne.

Cette méthode a été soumise à l'expérience dans plusieurs hôpitaux de Paris, entre autres, à l'hôpital Trousseau par MM. d'Heilly et Cadet de Gassicourt, et en pratique civile par M. Féréol, et la plupart du temps sous la surveillance de M. Delthil lui-même. Les résultats ont été peu satisfaisants, en général. Un des principaux inconvénients de

ce traitement résulterait de l'épaississement et de l'augmentation de consistance des mucosités laryngées sous l'influence des vapeurs de goudron. Chez les trachéotomisés, il y aurait là un véritable danger en raison de l'obturation possible de la canule par les fausses membranes ainsi épaissies. Les expériences de M. Delthil seront encore répétées.

Régime sec.—Dans un mémoire présenté à la *Société de thérapeutique* de Paris, en juillet dernier, et publié dans le *Bulletin de thérapeutique* du 30 août suivant, M. HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat, remet en honneur le traitement de la dyspepsie des liquides par le régime sec. Après avoir rapporté plusieurs cas de dyspepsie avec ou sans dilatation stomachale, survenue la plupart du temps chez des arthritiques, et que l'emploi d'un régime sec a eu pour résultat de guérir d'une manière permanente, l'auteur restitue l'honneur de la découverte à Chomel qui, le premier, a décrit cette variété de dyspepsie connue sous le nom de dyspepsie des liquides, " et qui a formulé de la façon la plus nette, dit M. Huchard, les termes principaux de ce qu'il appelait le régime sec."

Le régime sec consiste dans l'abstention aussi complète que possible de toute espèce de boissons, de tous les aliments ou médicaments liquides. " L'usage de bains entiers à peine tièdes, ou encore de lavements d'eau simple doit parfois suppléer à cette diète des liquides, le malade ne devant prendre qu'un verre de sa boisson habituelle pendant la durée entière de son repas. L'intervalle qui doit séparer le repas du matin de celui du soir doit être d'au moins huit heures... Enfin, ce régime permet l'usage de soupes de tout genre, à la condition qu'elles soient très épaisses. On peut y joindre le pain en petite quantité, les viandes rôties, grillées, bouillies, chaudes ou froides, les poissons, les œufs, les légumes, à la condition de ne pas employer de sauces abondantes. Les fruits sont également permis, à l'exception de ceux qui sont très aqueux, tels que les raisins, les prunes, les pêches, les fraises, le melon, etc. Les aliments à l'état très divisé et pulvérulent, tels que la poudre de viande, les purées de légumes et de viandes conviennent parfaitement à cette forme de dyspepsie. Enfin, on doit choisir parmi les médicaments ceux qu'on peut présenter sous forme solide....."

Le régime sec produit de bons effets, non seulement dans certaines dilatations de l'estomac, dans la dyspepsie atonique et celle des liquides, " mais encore, dit M. Huchard, dans d'autres affections *caractérisées surtout par l'excès de tension artérielle*, chez les athéromateux, les individus atteints de néphrite interstitielle, d'affections aortiques, de certaines angines de poitrine avec élévation considérable de pression vasculaire, chez ceux qui sont prédisposés aux hémorrhagies diverses, congestions ou hémorrhagies cérébrales, épistaxis, etc."

De l'uréthrotomie externe, par M. le Dr HORTELOUP.—Pour le chirurgien de l'hôpital du Midi, l'uréthrotomie externe est une opération qu'on doit employer plus souvent et qui rendra de grands services; elle est indiquée :

1° Dans tous les rétrécissements infranchissables ;

2° Dans tous les rétrécissements étroits et compliqués de fistules et d'induration du périnée ;

3° Dans les cas de rétrécissements compliqués de fistules ayant occasionné des accidents d'infection urineuse.—*France médicale.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Néphrite desquamative (néphrite catarrhale), diagnostic différentiel.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un malade couché au No 27 de notre salle Jenner. C'est un homme de 59 ans, d'une constitution robuste, d'une santé habituellement bonne, et qui, au point de vue clinique pur, présente un véritable intérêt, parce que, comme vous le verrez, il donne lieu à une question très fréquente dans la pratique médicale et toujours difficile à résoudre.

L'histoire de ses antécédents est absolument simple. Il y a deux mois à peine, étant bien portant, il a été pris de douleurs vagues siégeant dans les deux côtés de la poitrine, dans les membres inférieurs et dans la région lombaire où, dès leur apparition, elles ont montré une certaine prédominance. Il ne semble pas qu'elles aient été bien vives.

Au bout de quelque temps, les douleurs restant d'ailleurs ce que je viens de dire, le malade s'aperçut que ses jambes enflaient, et cette enflure, sans arriver à un degré excessif comme distension, était progressive, atteignait peu à peu le genou, la partie supérieure des cuisses, le tronc, et finissait par envahir la face. Quoique nous n'ayons pu, nous-mêmes, constater l'œdème du visage, je crois que nous pouvons accepter comme positif le renseignement fourni par le malade, parce que ce n'est pas lui qui s'est aperçu le premier de cette hydropisie, mais les personnes de son entourage.

Telle était la situation depuis quinze jours ou trois semaines, quand les douleurs, qui n'avaient jamais cessé, prirent une intensité plus grande, au moins dans la région lombaire. En même temps, le malade remarqua que son urine avait changé de couleur et était devenue rouge.

Cet état persista sans modification ni phénomène nouveau, et si cet homme s'est décidé plus tard à entrer à l'hôpital, ce n'est point parce qu'il se sentait plus malade, mais parce qu'il ne voyait survenir aucune amélioration.

Il n'a jamais présenté d'autres symptômes que ceux que j'ai dits, il n'a jamais eu de vomissements, de diarrhée, de maux de tête, d'oppression, etc.

A son arrivée dans nos salles, nous constatons d'abord, outre les signes négatifs que je viens d'énumérer, quelques restes de douleurs et une certaine hydropisie que je vais définir : elle occupe les membres inférieurs en totalité, et intéresse les téguments de la région dorsale ; elle a eu de la tendance à se généraliser, car nous trouvons du côté droit un hydro-thorax haut d'environ trois travers de doigt. Quand à l'œdème du visage, il n'en reste pas de vestige.

Sur quel terrain doivent se mouvoir les investigations pour arriver au diagnostic ? Il faut se préoccuper de la possibilité d'une affection des reins, en raison des douleurs lombaires si prédominantes, si persistantes, et de la coloration rouge des urines, et songer également à une maladie du cœur, vu l'hydropisie débutant par les pieds.

L'urine traitée par l'acide nitrique donne un précipité abondant à l'œil: le malade est donc albuminurique. Avant d'aller plus loin, et pour ne pas s'égarer, il convient, en pareille circonstance, de déterminer, quand on le peut, si l'albuminurie est liée à un état pathologique des reins eux-mêmes, ou si elle appartient à ce groupe d'albuminuries qui se rattachent à une modification d'un autre organe, ou bien à une perturbation générale de l'organisme.

Je regrette, au point de vue de votre instruction, que, sous l'influence du traitement seulement, l'état de l'urine ait déjà changé, car vous ne pouvez vous rendre compte *de visu* des caractères de l'albumine. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'ils étaient le premier jour et hier encore: après un instant de repos et sans aucune autre addition de réactif, l'albumine se mettait en grumeaux, donc elle était rétractile; de plus, elle était grise—et j'appelle votre attention sur cette couleur au double point de vue du diagnostic et du pronostic qu'elle aggrave;—enfin, sa quantité, sans atteindre les maxima qu'on rencontre dans les albuminuries rénales, dépassait ce qu'on trouve dans les albuminuries hématiques.

La réunion de ces trois caractères démontre que l'albumine était liée à un état morbide des reins. J'en ai d'ailleurs d'autres indices dans l'urine elle même.

Tous ses éléments sont au-dessous de la proportion physiologique. La *quantité* est diminuée: 550 grammes le premier jour, 700 grammes le jour suivant, alors qu'un commencement de traitement était intervenu; la *densité* n'est pas en rapport avec cette diminution de sécrétion, elle est abaissée, bien qu'elle soit d'environ 1020; la perte en *albumine* est de 0 gr. 40 par litre, ce qui ne s'observe jamais dans les albuminuries indépendantes d'une lésion rénale; l'*urée* n'atteint que 10 grammes en 24 heures, c'est-à-dire le tiers de la proportion normale; enfin le chiffre des chlorures est tombé à 3 gr. 8. le premier jour, à 5 gr. le deuxième.

Ainsi l'urine est altérée dans sa composition d'ensemble, et cette altération vient s'ajouter aux caractères intrinsèques de l'albumine pour démontrer l'existence d'un état pathologique des reins. Cette conclusion répond à la première question que j'ai posée tout à l'heure. Mais ce n'est pas une raison pour négliger la seconde. L'examen de l'appareil circulatoire nous montre en effet un athérome artériel généralisé et un cœur malade; nous trouvons à la pointe un souffle exclusivement systolique, type par la rudesse et la durée d'insuffisance mitrale à la base; au foyer aortique, le premier bruit est soufflant, mais sans rapport de force ni de durée avec celui de la pointe; il indique un épaississement de l'endocarde et non un rétrécisssement aortique.

Nous voilà maintenant avec un embarras de richesses, si nous pouvons ainsi parler: une maladie du cœur et une maladie des reins. L'interprétation des cas de ce genre, au point de vue de la relation réciproque des deux états morbides, et de la détermination précise de la lésion rénale, est toujours difficile, et c'est là, indépendamment des détails, l'intérêt clinique particulier que j'annonçais au début de cette leçon, car ce complexus est d'une grande fréquence.

Procédons avec ordre, voyons quelles sont les éventualités possibles et examinons-les. Elles sont au nombre de trois:

1° Nous avons affaire à ce que j'ai appelé le *rein cardiaque*, c'est-à-

dire que la maladie du cœur est le fait primitif, et l'altération du rein le fait secondaire ; rien de plus commun, vous le savez ;

2° Nous sommes en présence de ce qu'on désignait autrefois sous le nom de néphrite catarrhale, dénomination à laquelle j'ai renoncé, pour y substituer celle de *fluxion desquamative des reins* ;

3° Ou bien enfin il s'agit d'une lésion plus profonde, d'une *néphrite parenchymateuse subaiguë*, en marche vers la chronicité.

Pour nous décider entre ces éventualités, avons-nous quelque chose à attendre de l'urine ? Non ; la diminution de la quantité, de la densité, de l'urée et des chlorures, la présence de l'albumine et sa rétractilité, tous ces caractères se rencontrent dans les trois cas. Au point où nous sommes, l'urine ne nous fournit qu'une légère présomption d'exclusion relativement à la néphrite parenchymateuse, la proportion d'albumine n'est pas assez élevée. Nous possédons encore une autre donnée ; mais comme l'examen n'a été fait que deux fois, elle n'a pas la valeur d'un signe ; le microscope a décelé des cellules épithéliales sans aucune trace de cylindres. En somme, petite quantité de l'albumine, absence de cylindres, telles sont les faibles présomptions qui font exclure la néphrite parenchymateuse. Cela dit, nous restons en face de nos trois éventualités. Que devons-nous alors interroger ? La pathogénie.

Je reprends donc notre première hypothèse, et je demande : Que faut-il pour faire un rein cardiaque ? Il faut une lésion du cœur, et, de plus, une période d'asystolie assez intense pour qu'il y ait une stase veineuse considérable dans le système de la veine cave inférieure et de la veine rénale. Chez notre homme, la lésion du cœur existe, mais nous n'avons pas l'asystolie ; il a le pouls ample, régulier, et il n'a jamais éprouvé le moindre symptôme d'oppression. Peut être a-t-il eu de l'asystolie au début de sa maladie ? Ce n'est là qu'une supposition en présence des renseignements précis qu'il donne sur son état. Au reste, s'il en a eu, il n'en a plus aujourd'hui, et, par conséquent, il ne devrait plus avoir d'albumine, car l'albuminurie liée au rein cardiaque est transitoire quand elle se manifeste pour les premières fois, elle est en quelque sorte parallèle à l'asystolie. Ainsi, de par la pathogénie, j'élimine sans réserve le rein cardiaque.

Il importe, au point de vue du pronostic, de se prononcer entre les deux autres hypothèses. Il n'est pas toujours possible de le faire ; ici même, malgré certains éléments qui militent en faveur d'une fluxion desquamative, le diagnostic sera plus solide dans trois ou quatre jours, lorsque l'observation aura pu s'éclairer encore. L'embarras pour résoudre cette dernière partie du problème provient de ce que les grands groupes étiologiques sont communs dans les deux états ; de sorte que, même si nous réussissions à saisir l'origine de la maladie, notre diagnostic n'en resterait pas moins indécis. Les causes les plus habituelles des néphrites sont, en effet, le froid, l'élimination de substances irritantes et les maladies infectieuses. Or, notre malade a été soumis à deux de ces causes : il est emballeur, c'est-à-dire qu'il travaille dans les courants d'air et qu'il est exposé aux refroidissements ; d'autre part, lorsque ses douleurs ont présenté une certaine recrudescence, on lui a appliqué sur la région lombaire un large vésicatoire, d'où absorption et élimination de cantharidine. Aussi pouvons-nous, de par l'étiologie, admettre une néphrite parenchymateuse aussi bien qu'une fluxion desquamative.

D'après quoi se décider finalement en faveur du diagnostic que j'ai formulé tout à l'heure par anticipation ? D'après l'état du sujet. S'il s'agissait d'une néphrite parenchymateuse, elle aurait au moins six semaines, et notre homme serait plus malade. A cette considération, ajoutez la proportion d'albumine trop faible, l'absence de cylindres, et vous aurez les motifs qui me font incliner vers la néphrite desquamative.

Je dois cependant vous signaler un phénomène qui se rencontre ici, et qui, en général, n'existe pas dans la fluxion rénale simple : c'est l'hydropisie. Mais le malade est un cardiaque, et il a dû, à l'occasion de son processus rénal, faire de l'hydropisie plus facilement qu'un individu qui aurait le cœur sain. De sorte que, tout bien pesé, j'admets chez lui une néphrite desquamative différant un peu du type ordinaire par l'hydropisie et aussi par la durée. Le plus souvent, en effet, la fluxion simple, quand elle n'aboutit pas à une lésion plus importante, se prolonge guère au delà de quinze ou vingt jours. Néanmoins c'est à ce diagnostic que je m'arrête et d'autant plus volontiers aujourd'hui que la médication lactée, après deux ou trois jours passés, durant lesquels elle n'a pas produit grand effet, agit depuis hier d'une façon remarquable : l'albumine est moins abondante, moins grise, et cette modification favorable survenue en 24 heures est un élément de plus à l'appui de mon opinion.—*Abeille médicale.*

De la fièvre typhoïde à forme rénale, par le Dr. Didion.—1° La fièvre typhoïde produit une détermination rénale qui joue dans l'évolution de la maladie un rôle important.

2° L'albuminurie est presque constante chez les typhoïques; ordinairement légère et passagère, elle indique par son abondance la production d'une néphrite.

3° La néphrite est multiple : parenchymateuse et interstitielle ; le processus inflammatoire porte sur tous les éléments, tubes, glomérules, etc.

4° L'étude des symptômes permet de distinguer une forme rénale caractérisée par des phénomènes marqués d'adynamie, de stupeur, la sécheresse de la langue, l'œdème des jambes et de la face, les douleurs lombaires, les accidents cutanés : pemphigus, ecthyma, furoncles, et un syndrome urologique : coloration sanguinolente, odeur de pain bouilli, sédiments formés de globules rouges et blancs, de cylindres, et une albumine abondante, grisâtre, rétractile.

5° Le diagnostic est facile par l'examen des urines et des symptômes mentionnés.

6° La terminaison est souvent funeste, soit par les progrès de l'adynamie, soit par les accidents urémiques qui éclatent ordinairement à une période avancée de la maladie, et peuvent produire la mort au premier accès.

7° L'étude des observations permet de diviser la forme rénale de la fièvre typhoïde en deux groupes :

I. Une forme précoce :

a) Forme rénale commune.

b) Forme rénale hémorrhagique de Robin.

II. Une forme tardive : forme urémique.

8° Le traitement consistera dans les applications révulsives sur la

région lombaire (ventouses, sangsues, etc.) Les vésicatoires et les bains froids doivent être, sinon proscrits, au moins employés avec une réserve extrême.

Le régime lacté est formellement indiqué, pour soutenir les forces des malades et favoriser la diurèse.—*Journal de méd. de Bordeaux.*

Des abus sexuels : masturbation, onanisme, excès vénériens.—Extraits d'une clinique de M. le professeur T. PARVIN au *Jefferson Medical College*, Philadelphie. (1)—Ici je m'appuierai sur l'opinion de M. Acton, de Londres. "Je me suis, dit-il, donné le trouble de faire des recherches et d'amasser des preuves à ce sujet, et puis résumer ainsi les résultats obtenus : Heureusement pour elles, la plus grande partie des femmes ne sont pas beaucoup fatiguées par les désirs sexuels. Ce que les hommes sont ordinairement, les femmes ne le sont que par exception. J'admets bien chez elles l'existence de l'excitation sexuelle, pouvant dégénérer en nymphomanie laquelle constitue une maladie mentale familière à tous ceux qui visitent nos asiles d'aliénés ; mais, à part ces tristes exceptions, il n'y a pas de doute que, dans la majorité des cas, la passion sexuelle est, chez la femme, passablement endormie, et qu'une excitation directe et intense peut seule l'éveiller. Même dans ce dernier cas, la passion est bien faible comparée à celle de l'homme. Beaucoup d'hommes, surtout parmi les jeunes, se forment une idée des sentiments de la femme en général d'après ce qu'ils constatent chez les femmes de mauvaises mœurs ou simplement de basse condition. Il y a un certain nombre de femmes qui, sans être positivement des prostituées, semblent toujours vouloir tirer le meilleur parti de leur joli minois. Elles aiment à être admirées et à attirer l'attention de ceux qui leur sont un peu supérieurs. Tout jeune homme un peu naïf, qu'il soit ou non subjugué par ces sirènes, croit aisément qu'elles, de même que toutes les femmes, doivent avoir des passions pour le moins aussi fortes que les siennes propres. De telles femmes, cependant, donnent une bien fausse idée des tendances sexuelles de la femme en général.

"Les hommes mariés—les médecins—ou les femmes mariées elles-mêmes, si on invoque leur témoignage, sauront revendiquer l'honneur de la nature féminine outragée par les débordements de quelques rares exceptions. Beaucoup de femmes, en effet, n'éprouvent jamais la moindre excitation. D'autres, au moment des règles, deviennent plus ou moins susceptibles d'en éprouver, mais à un assez faible degré encore ; d'ailleurs cela ne dure que peu de temps et cesse bientôt pour ne se manifester qu'à la menstruation suivante. Les meilleures mères de famille, les meilleures épouses ne s'adonnent que peu ou même pas du tout aux plaisirs sexuels en tant que plaisirs. L'amour du foyer, des enfants et des devoirs domestiques sont leurs seules passions. En règle générale, la femme modeste désire rarement pour elle-même les rapports conjugaux. Elle se soumet à son mari, mais seulement pour lui plaire, et, n'était le désir de devenir mère, elle se soustrairait bien vite à ses hommages."

Maintenant, n'y a-t-il pas des bornes à mettre à la fréquence des rapports sexuels licites ? Philosophes et casuistes, législateurs et médecins ont jugé la question digne d'attention. Plutarque fait remarquer

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.

qu'il n'y a qu'un mauvais mari qui traite sa femme de la même façon qu'un homme traite une prostituée, n'ayant d'autre objet en vue que la satisfaction de ses plaisirs.

"Quoiqu'en ceci, dit Taylor, il y ait, comme dans le boire et le manger, la satisfaction d'un appétit qui ne peut être apaisé sans que le désir sexuel soit aussi satisfait, cependant, puisque ce désir et cette satisfaction ont été mis en nous pour d'autres fins, celles-ci ne doivent jamais en être séparées." Ces fins sont: le désir de procréer des enfants, d'éviter la fornication, d'adoucir et soulager les soucis et les tracas des affaires domestiques, et de se donner l'un à l'autre des preuves d'une mutuelle tendresse "Jamais on ne doit, soit en désir, soit en acte, séparer la sensualité de ces fins qui ont pour but de sanctifier cette dernière."

Le droit canon permettait le coït trois ou quatre fois par semaine; Mahomet, je crois, le permettait une fois par semaine, le vendredi, *Dies Veneris;* Zoroastre, une fois en neuf jours; Solon, une fois en dix jours. M. Acton a dit que pour un homme robuste et sain, une fois en huit ou dix jours pouvait être pris pour règle générale. Quelque règle que l'on adopte, il ne faut jamais oublier le *ne quid nimis* d'Ovide, ou l'axiome du Dr. de Menville: "Buvez, mais ne vous enivrez pas."

Vient enfin une époque dans la vie où ce plaisir doit être abandonné!—Maury écrivait à son ami Portal: "Chaque fois qu'un vieillard s'adonne au plaisir de l'amour, c'est une pelletée de terre qu'il se jette sur la tête."—"La vieillesse, dit Térence, est déjà une maladie. Si vous lui donnez une femme, ce sera la mort."

Il est certaines occasions où le coït ne doit pas avoir lieu: v.g. durant la menstruation, car alors il peut être le point de départ d'une uréthrite chez l'homme et de ménorrhagie ou de congestions internes graves chez la femme. Il doit aussi être interdit durant la convalescence d'un accouchement à terme ou d'un avortement. Un de mes amis, avocat de Philadelphie, me dit avoir obtenu un divorce en faveur d'une femme qui, au bout de deux ans de mariage, se plaignait de cruautés de la part de son mari, cruautés qui consistaient en partie en ce que ce mari avait fait sortir la garde-malade de la chambre de sa femme, afin de pouvoir avoir des rapports avec celle-ci, et cela, trois jours après l'accouchement.

Je crois aussi qu'il serait beaucoup mieux qu'il y eut abstention complète durant la grossesse.

Un autre point de la vie conjugale sur lequel je désire appeler votre attention est le fait de limiter le nombre des enfants ou d'empêcher même la conception. De très graves conséquences résultent de ces deux coupables pratiques, car la violation des lois naturelles amène toujours avec elle son châtiment.

La plus ancienne pratique dont nous ayons entendu parler est celle mise en usage par Onan, et qui consiste dans le retrait du pénis hors du vagin immédiatement avant l'éjaculation. Le *condom*, dont se servent certains maris pour empêcher la conception, et les hommes non-mariés pour se préserver de toute contagion vénérienne, est ainsi décrit par Ricord: "Une cuirasse contre le plaisir, une toile d'araignée contre le danger."

Les différentes injections vaginales mises en usage immédiatement après le coït, dans le but de prévenir la conception, sont trop connues pour qu'il soit besoin de les mentionner.

L'abstention du coït aux époques où il serait le plus apte à être suivi de fécondation est une méthode très incertaine dans ses résultats et qui désappointe souvent ceux qui y ont recours.

Enfin, l'abstinence complète est, dans certains cas, impérieusement indiquée. Aucun homme n'a le droit de sacrifier ou de mettre en péril la vie de sa compagne dans le seul but de se donner un plaisir égoïste. Il serait préférable que les malades ne se mariassent pas. L'hystérique confirmée, l'épileptique, les tuberculeux, le sujet épuisé par la débauche etc., n'ont aucun droit au mariage. Celui-ci n'est ni un hôpital ni une école de réforme.—*College and Clinical Record.*

Traitement de la gastralgie et des vomissements hystériques.—Nos lecteurs savent sans doute que l'alcaloïde de la belladone est d'une efficacité presque absolue pour prévenir les vomissements souvent provoqués par les injections sous-cutanées de morphine. Aussi trouveront-ils tout naturel que la combinaison de l'opium et de la belladone ait produit entre les mains de Czernicki les meilleurs résultats dans un cas de gastralgie avec vomissements incoercibles chez une hystérique.

"La morphine calmait la douleur, mais était impuissante à arrêter les vomissements qui résistèrent également aux révulsifs cutanés. En vain on mit en œuvre les cautérisations ponctuées de l'épigastre, les douches froides sur la région, les pulvérisations d'éther, la glace, les boissons gazeuses, les peptones, etc. Ne sachant quel parti prendre, Czernicki résolut de joindre l'atropine à la morphine. On injecta donc, après le premier repas, un centigramme de morphine, et, cinq minutes après, 1/2 milligramme de sulfate d'atropine. L'effet produit fut inespéré; la malade garda tous ses aliments; le lendemain, *les douleurs gastriques se produisirent, mais sans amener de vomissements*; puis au repas suivant, on supprima l'atropine en gardant la morphine; *les douleurs disparurent, mais les vomissements se reproduisirent.*

Les expériences répétées amenèrent toujours des résultats identiques; craignant l'accumulation, on injecta moins d'un demi-milligramme d'atropine; cela suffisait pour arrêter les vomissements; supprimait-on l'atropine, ceux-ci se reproduisaient tout de suite.

Le traitement était dès lors trouvé, le malade guérit rapidement; les vomissements cessèrent les premiers.

Czernicki a employé de nouveau cette méthode chez une vieille femme cancéreuse qui vomissait avec persistance; les douleurs et les vomissements furent arrêtés encore par l'association de la morphine et de l'atropine.

Quand à l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique se joint l'hyperesthésie du pharynx, M. Huchard recommande les pulvérisations d'une solution concentrée de bromure de potassium, dirigées vers le pharynx, combinées avec des badigeonnages de la solution dont voici la formule:

Glycérine.....	20 grammes.
Bromure de potassium	2 —
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 30 centigr.

Nous rappellerons que la coca a récemment encore été préconisée comme un excellent anesthésique du pharynx.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'épulis.—Clinique de M. Paul Berger à l'hôpital de la Charité.—Je vais vous parler aujourd'hui de certains faits se rattachant à la tumeur que j'ai enlevée ces jours derniers ; il s'agit d'une épulis, c'est-à-dire d'une tumeur du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, sans adhérence aucune avec les parties voisines, progressant sans cesse et résistant à toute espèce de traitement autre que l'extirpation.

L'épulis est une variété de tumeur qui affecte des formes très différentes, d'où l'embarras parfois de certains chirurgiens des temps passés. Aujourd'hui, il n'en est plus ainsi, et l'épulis est une affection bien connue. Partie du bord alvéolaire, elle n'est qu'une variété de l'ostéosarcome des mâchoires, tirant sa bénignité relative de son siège et de son mode de développement.

La malade que nous avons opérée est une femme de quarante à cinquante ans, qui s'aperçut pour la première fois, il y a deux ans environ, d'une petite tumeur charnue, du volume d'un pois, qui apparaissait au niveau des dernières molaires. Bientôt la dent de sagesse se trouvait ébranlée et tombait spontanément. C'est un fait habituel, du reste, dans l'épulis, que l'apparition de la tumeur soit précédée ou suivie de la chute d'une dent. La tumeur continuait à augmenter, mais comme elle ne déterminait aucune douleur,—fait également normal,—la malade ne s'en inquiétait pas beaucoup. Ce ne fut que dans les derniers temps, alors seulement qu'elle avait acquis un certain volume et qu'elle entraînait une gêne assez notable, ainsi qu'une certaine déformation de la face, que la malade se décida à venir à l'hôpital.

A cette époque, l'épulis était à peu près grosse comme une noix, et formait pour ainsi dire deux lobules. Le premier,—le plus volumineux,—occupait le sillon de séparation de l'arcade dentaire et de la joue. Il était lisse, d'un rouge foncé, ferme, dur même, mamelonné, libre de toutes parts et sans autre adhérence que son point d'implantation sur le bord alvéolaire, implantation sur une large surface, ce qui lui donnait l'apparence d'une tumeur sessile. Le second lobule,—formant une sorte de diverticulum,—était venu s'appliquer, par la pression de la langue, contre la voûte palatine, si bien qu'il paraissait s'être développé aux dépens de cette voûte, tandis qu'en réalité, il s'insérait comme la première tumeur sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, et que le doigt, introduit dans la bouche, pouvait passer entre la tumeur et la voûte palatine. Ce second lobule était d'une teinte quelque peu différente du premier, il était d'un blanc rosé et présentait un bord frangé, festonné.

La tumeur, sur aucun de ses lobes, n'était ulcérée ; sa surface était parfaitement lisse, elle ne donnait lieu à aucune sécrétion muqueuse ni purulente. Du reste, les épulis ne s'ulcèrent presque jamais et les quelques petites plaies passagères, que l'on y rencontre parfois, sont exclusivement dues à l'action des dents pendant la mastication.

Abandonnées à elles-mêmes, les épulis augmentent sans cesse de volume, déterminant une gêne de plus en plus grande, chassant la langue devant elles, entraînant peu à peu une déformation de la joue, mais ne donnant jamais lieu, par elles-mêmes, à aucune douleur, et n'étant jamais le siège d'hémorrhagies.

Ces tumeurs, dont la dénomination est d'origine hippocratique, ont été bien décrites par Boyer, tout en laissant un grand desideratum au point de vue de leur constitution anatomique, et l'opinion qui prévalait encore, il y a une quarantaine d'années, voulait que les épulis fussent des tumeurs de nature fibreuse et d'un pronostic plus grave. Mais les travaux de M. Robin et ses communications, en 1849, à la Société de Biologie, sur les médullocelles et les myéloplaxes et les tumeurs formées par l'agglomération de ces éléments anatomiques de la moëlle des os, vinrent jeter un jour absolument nouveau sur la question. Un peu plus tard, sir Paget confirmait la description de M. Robin et, en 1860, M. Eugène Nélaton donnait, dans sa thèse inaugurale, une excellente description des tumeurs à myéloplaxes et à médullocelles, et de leurs principales variétés, des tumeurs myéloïdes, notamment des épulis.

Les épulis renferment un très grand nombre de vaisseaux, au point même d'avoir quelquefois l'apparence de tumeurs érectiles, et leur coloration rouge foncé tient bien plus à la couleur même des myéloplaxes qu'à la présence des vaisseaux sanguins. Du reste, cette coloration varie selon que les myéloplaxes ou les médullocelles prédominent dans la tumeur.

Certaines variétés d'épulis, au lieu d'être des ostéo-sarcomes de consistance plus ou moins molle, sont constituées par un sarcome ossifiant, c'est-à-dire que l'on trouve, dans leur intérieur, des trabécules osseuses formant des éléments durs, implantés au milieu d'une masse plus molle.

Quelques auteurs, comme Virchow, croient que les épulis se développent dans le périoste de l'alvéole ; d'autres, comme M. Magitot, dans l'alvéole elle-même, d'où elles chasseraient la dent au dehors pour sortir à leur tour et se développer plus librement. Quant à M. Eugène Nélaton, —et la même opinion est soutenue par MM. Cornil et Ranvier,—pour lui, c'est dans la moëlle osseuse elle-même que la tumeur a son origine, rompant plus tard la coque osseuse qui l'environne pour se développer au dehors. Ce qui revient à dire que ces tumeurs peuvent s'étendre aussi du côté de l'intérieur des os, où elles ont pris naissance, et gagner les aréoles voisines. Partant, la tumeur de notre malade pourrait avoir des racines étendues dans le bord alvéolaire et jusqu'à la voûte palatine. Aussi, si l'on se bornait seulement à enlever les parties superficielles, on ferait de mauvaise besogne et les parties restantes permettraient, faciliteraient même la reproduction de la tumeur, d'où la nécessité de faire une extirpation aussi complète que possible pour éviter toute récidive. Celle-ci, en effet, peut se faire soit localement, soit même généralement dans quelques cas.

Le mot de sarcome qui caractérise la nature de l'épulis réveille en soi l'idée d'une malignité relative, non pas celle du cancer qui s'ulcère, s'étend et se généralise pour ainsi dire fatalement. Le caractère de malignité cancéreuse n'appartient pas à la maladie qui nous occupe ; aussi les métastases et la généralisation du mal sont-elles fort rares, tandis que la récidive sur place, au contraire, est fréquente. Néanmoins nous devons nous rappeler que la maladie peut se généraliser et se terminer alors fatalement. C'est ainsi que j'ai là, devant moi, des pièces anatomiques qui m'ont été communiquées par M. le professeur Le Fort. Elles proviennent d'une femme qui fut opérée par M. Panas, aussi complètement que possible, d'une épulis de la machoire. La tumeur ne

repullula pas sur place. Mais un an après l'opération, une tumeur de même nature se développait sur le fémur, en même temps que l'on voyait se former plusieurs tuméfactions sur différents points du corps. Bientôt la malade devenait cachectique et succombait. A l'autopsie, on découvrit de nombreux foyers métastatiques d'ostéosarcome, tandis que la portion malade du fémur était transformée en une coque osseuse renfermant des kystes multiloculaires, remplis d'un tissu mou, friable, constitué par des médullocelles et des myéloplaxes analogues aux médullocelles et aux myéloplaxes que l'on avait constatées dans l'épulis de la gencive primitivement extirpée.

Chez notre malade, ce qui rend notre pronostic peut-être plus incertain, c'est que nous avons trouvé, dans la région crânienne, une petite tumeur dure, dont l'existence, au dire de la malade, remontait déjà à plusieurs années. Aussi restons-nous dans le doute et dans la crainte d'une généralisation possible de quelque ostéosarcome secondaire.

Quoi qu'il en soit, la tumeur de la machoire exigeait, chez elle, une intervention large et immédiate, non pas par l'emploi des caustiques qui, en pareil cas, sont insuffisants, mais par l'instrument tranchant, de façon à enlever l'épulis avec son point d'implantation lui-même. C'est ce que nous avons fait. L'opération, du reste, a évolué avec la plus grande facilité; elle n'a été suivie d'aucune réaction fébrile, grâce à l'emploi, toutes les deux heures, comme antiseptiques, d'une solution de chloral. La guérison promet d'être rapide, cependant, pour être rassuré contre toute récidive ou généralisation, il faut encore attendre un certain temps.—*Gaz. des hôpitaux.*

Panaris des gaines.—Clinique de M. CHENANTAIS à l'Hôtel-Dieu de Nantes.— Je tiens à vous parler aujourd'hui d'une affection bien vulgaire, mais aussi mal soignée qu'elle est commune. J'ai nommé le panaris.— Une femme de 50 ans, jonrnalière, habituée à des travaux manuels pénibles et prolongés, vient de vous en offrir un cas dans le service. Il y a six jours, elle fut prise subitement d'une vive douleur au niveau de la phalange du médius de la main gauche. Puis peu de temps après survint un gonflement au doigt qui devint le siège de douleurs pulsatives fort pénibles. Les cataplasmes ne calmèrent en rien la malade qui se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Depuis plusieurs jours elle ne dormait plus. Le mouvement fébrile était très accentué; il y avait anorexie et inappétence complète. Je trouvai le doigt médius tendu, douloureux, à peine rouge. La pression était insupportable, surtout au niveau de la partie phalangienne qui paraissait visiblement étranglée au niveau des plis articulaires. C'est au milieu de la face palmaire de cette phalange que vous m'avez vu pratiquer une incision profonde.

J'ai débridé largement, car il y avait là un véritable étranglement à lever le plus tôt possible pour éviter, non seulement la nécrose du tendon comprimé par les tissus enflammés, mais encore pour prévenir l'extension de la phlegmasie à la paume de la main. L'incision a intéressé la gaine des fléchisseurs, c'était là le siège de l'étranglement qui fait tout le danger de l'affection qui nous occupe. Nous n'avions pas affaire ici au panaris sous-cutané dont les symptômes sont bien moins accusés. En effet, dans celui-ci les phénomènes généraux manquent, le doigt est rouge livide, la douleur n'est pas pulsative, et les mouvements sont possibles.

Cette variété ne réclame pas une intervention aussi active et peut guérir par les seuls efforts de la nature. Les symptômes du panaris des gaines, comme vous avez pu le voir chez notre malade, sont autrement sérieux. Au début, le gonflement est modéré, la coloration de la peau à peine modifiée. La tuméfaction occupe tout le doigt, sauf la 3e phalange, dépourvue comme vous le savez, de coulisse fibro-séreuse. Les deux autres phalanges paraissent étranglées au niveau des plis articulaires. Les mouvements volontaires sont impossibles et le doigt est dans la demi flexion. Les douleurs sont pulsatives, continuelles, rendent le sommeil impossible et s'accompagnent de fièvre, parfois de délire. La pression réveille d'intolérables douleurs.

Au bout de trois à quatre jours la suppuration est établie ; mais l'aspect du doigt est peu modifié. La fluctuation est impossible à percevoir. La résolution est l'exception dans le panaris des gaines. Abandonné à lui-même il occasionne rapidement la mortification du tendon, la nécrose de la phalange, et le plus souvent il se propage à la paume de la main, exposant le malade à tous les dangers d'un phlegmon de cette région. On conçoit facilement la marche de ces désordres en se rappelant la disposition des gaines synoviales.

Une phlegmasie de la gaine tendineuse de l'index, du medius et de l'annulaire aura vite raison de la mince barrière séreuse qui la sépare du tissu cellulaire de la région palmaire. Un panaris profond des gaines du pouce et du petit doigt sera encore plus grave, à cause de la communication possible de leurs synoviales et de l'extension de la phlegmasie à l'avant bras.

Vous voyez ce qui peut en résulter : nécrose, adhérences, rétractions cicatricielles ; bref, la perte des fonctions du membre, quand les accidents septicémiques ne nécessitent pas l'amputation du bras.

Il n'y a qu'un moyen d'éviter ces redoutables complications, c'est de débrider le plus tôt possible Plus vite on aura agi, plus on aura la chance d'éviter l'exfoliation du tendon et ses conséquences. Le débridement de la gaine doit être, comme je vous le disais en commençant, fait largement, de façon à ouvrir toutes les loges qui peuvent cloisonner la coulisse tendineuse. Faute de cette précaution, la rupture d'une de ces loges peut entrainer tous les désordres que je viens de vous rappeler. Rappelez-vous bien ceci : c'est que le danger n'est pas de mettre un tendon à découvert, mais de l'oublier au fond de sa coulisse.

Ainsi donc, messieurs, quand vous verrez se présenter chez vous un client se plaignant d'un doigt qui l'empêche de dormir et de manger, et qui est le siège d'élancements et de battements douloureux, vous pouvez diagnostiquer d'avance un panaris des gaines. Ayez soin de représenter à votre malade que ni les onguents, ni les pommades, ni les cataplasmes ne le guériront, et qu'il n'y a qu'un seul remède : l'incision. S'il hésite, et il hésitera, affirmez que, s'il attend que le mal *mûrisse*, son doigt *tombera*. S'il consent, gardez-vous des timides incisions, ouvrez la gaine et ses loges, votre malade vous en saura gré ; seulement ayez la précaution de lui dire que c'est un débridement que vous faites et non une ouverture destinée à livrer passage à un *dépôt* de pus. Sans cette précaution, vous seriez accusés d'avoir fait une opération prématurée.—*Gaz. méd. de Nantes.*

Guérison rapide du chancre simple.—Les chancres simples, résultats d'une infection toute locale, d'une infection régionale, ont une durée variable, mais toujours relativement longue. Quelques-uns guérissent en 15 jours, c'est l'exception; la plupart ne cèdent que dans l'espace de 4 à 6 et même 8 semaines; un certain nombre, même dépourvus de tout plagédénisme, persistent pendant trois ou quatre mois s'ils ne sont pas traités.

Cette longue durée de ces lésions ulcéreuses a provoqué maintes tentatives thérapeutiques. On peut même dire qu'il y a eu à ce sujet un véritable encombrement de topiques, et que le médecin qui, désireux de recourir au meilleur traitement, ouvrait un dictionnaire, éprouvait pour faire son choix, un réel embarras.

Les recherches de Ricord avaient élucidé la question. Après bien des tâtonnements, l'illustre chirurgien donna la préférence au nitrate d'argent, mais dissous dans la proportion d'un gramme pour trente grammes d'eau. Plus concentrée, la solution est irritante; moins forte, elle n'agit pas. Depuis cette époque, Fournier préconisa aussi le nitrate d'argent; c'est à la solution au 30e qu'il a recours dans son service, et l'usage de cette solution se répandit de plus en plus.

Après la solution du nitrate au 30e, Ricord et Fournier recommandèrent le tartrate ferrico-potassique à la dose de 10 grammes pour 100.

D'autre part on dirigeait contre le chancre simple les vertus antiseptiques de l'iodoforme et l'on constatait que ce topique était " tantôt merveilleux, tantôt inerte."

Ces trois médicaments se partageaient à juste titre la confiance des praticiens; toutefois la guérison n'était obtenue que dans les délais, signalés plus haut, de 4 à 5 semaines en moyenne.

Aussi, les essais thérapeutiques se renouvelèrent-ils sans relâche. On dirigea contre la virulence chancrelleuse tous les antiseptiques nouveaux. Je signalerai seulement les expériences de Vidal avec l'acide pyrogallique; celles d'Aubert (de Lyon), au moyen de la chaleur et de l'eau chaude; celles de Leblond et de Tissiaux qui obtinrent, par la résorcine, la guérison du chancre simple, en moyenne au bout de 23 jours alors que la solution de nitrate ne guérit qu'en 25 à 28 jours et l'iodoforme en 32 jours. Or, voici venir d'Autriche un moyen de guérison beaucoup plus rapide. Certes, les résultats ne doivent pas être admis sans contrôle. Toutefois, on peut dire que la médecine viennoise nous a habitués à prendre au sérieux ses déclarations; d'autre part, on trouve une garantie dans le nom du signataire de l'article auquel je fais allusion, Hans von Hebra. Certes, je ne fais aucune difficulté d'avouer que les résultats proclamés me font tout d'abord penser à une série exceptionnellement heureuse; mais je pense que, du moment qu'il s'agit de guérir les chancres simples *en quelques jours*, il est urgent que des expériences soient instituées par les médecins français afin de s'assurer de la réalité de tels succès et d'en faire profiter sans retard les malades. C'est en effet en 4 ou 6 jours que le Dr Hebra fait disparaître les chancres simples. Le topique employé est l'*acide salicylique*. D'ordinaire " il suffit de 2 ou 3 jours pour détruire la virulence de l'ulcération; dès lors la perte de substance se comble par l'application d'une pommade indifférente en 24 ou 48 heures."

Le procédé du médecin de Vienne est le suivant:

Il commence par nettoyer bien soigneusement la verge avec de l'eau

tiède et par faire disparaître les croûtelles, les parcelles de pus concret, ainsi que toute trace des topiques qui ont pu être antérieurement appliqués; il se sert pour cela d'huile et d'esprit de savon. Ces précautions ne sont pas sans importance, à cause de la facilité avec laquelle l'acide salicylique se combine avec les métaux. Dans le cas particulier, le plomb, le zinc et le mercure, si souvent employés en vénéréologie, pourraient former, par leurs combinaisons salicylées, de violents caustiques.

Sur la verge ainsi détergée et séchée, on applique l'acide salicylique de manière à recouvrir seulement le chancre et une mince zone immédiatement voisine. Il faut, en effet, tâcher de préserver la peau saine de toute irritation capable de favoriser les auto-inoculations. On maintient en place la poudre salicylée au moyen d'une mince couche d'ouate, et on fixe le tout par un anneau d'emplâtre adhésif. Si la suppuration n'est pas très abondante, il suffit de renouveler le pansement une fois toutes les vingt-quatre heures; dans le cas contraire, on fera un pansement matin et soir, en ayant soin de laver chaque fois les plaies avec attention.

Dès la fin du premier jour, on peut remarquer que l'ulcération se recouvre d'une eschare blanchâtre, tandis que les parties les plus voisines sont un peu plus rouges; que la rougeur augmente dans une proportion égale à la zone de peau saine qui a été mise en contact avec la poudre. Dès le troisième jour, l'eschare est assez puissante pour guérir, bien qu'elle soit insuffisante pour perforer; dès lors on cesse l'application de la poudre, qu'on remplace par de la crème céleste ou de l'axonge étendue sur une bandelette de toile. On emploie ensuite, comme plus haut, l'ouate et l'emplâtre adhésif. Habituellement, l'eschare tombe après une demi-journée, et laisse à sa place une plaie simple, dépourvue de virulence, qui ne prend pas plus de deux ou trois jours pour se réparer complètement.

On remarquera, ajoute Hebra, que par ce procédé la complète guérison se fait en quatre ou six jours, c'est-à dire tout autant de jours qu'on employait ordinairement de semaines. Il est d'ailleurs évident que la guérison sera obtenue d'autant plus promptement que les chancres seront plus petits, et que sera plus court le temps écoulé depuis la contamination. D'ailleurs, ni le nombre, ni l'âge des chancres, soit que ceux-ci aient été créés simultanément ou successivement, n'ont d'influence sur la durée de la cure. Tout au plus peut-on remarquer que, en cas d'auto-inoculation, le plus ancien des chancres, celui qui a donné naissance aux autres, est aussi celui qui exige un jour ou deux de plus pour sa guérison.

Cette méthode thérapeutique agit sans causer de douleur. C'est à peine si parfois, lors de la première application, le malade ressent une légère brûlure ; la cuisson n'est intense que lorsqu'on a appliqué l'acide salicylique sur une trop grande étendue de tissus sains. En outre, cette méthode comporte une grande propreté. Aussitôt après l'application de la poudre, qu'on étale avec grande facilité au moyen d'une curette, la suppuration cesse et le peu de pus qui se forme est aussitôt absorbé par l'ouate qui prévient les auto inoculations successives.

Mais l'avantage le plus important et le plus précieux du pansement salicylé des chancres simples consiste dans la suppression ou l'avortement des adénites suppuratives, des bubons chancrelleux. Le docteur

Hebra affirme, en effet, qu'aucun des nombreux chancres simples qui ont été traités par lui au moyen de l'acide salicylique ne s'est compliqué ni de suppuration ni même de tuméfaction ganglionnaire. Est-ce heureux hasard? Est-ce action spéciale de l'acide salicylique? C'est ce que l'avenir décidera.

Dans un seul cas, Hebra eut à traiter un malade dont les ganglions inguinaux présentaient une sensibilité exagérée et un volume anormal. Il pense avoir eu affaire à un bubon imminent; or, après deux jours d'application de la poudre salicylée, la douleur disparut ainsi que la tuméfaction du ganglion.

La suppression du bubon chancrelleux ne me paraît pas démontrée par ce fait, car on sait qu'il arrive souvent que le repos fait disparaître les adénopathies simples développées à l'occasion de chancrelles; ensuite, même suppurés et ouverts à l'intérieur, les bubons inguinaux qui accompagnent les chancres simples de la verge ne sont pas constamment virulents. Ce fait reste donc à prouver.

Quoi qu'il en soit, H. von Hebra publie, à l'appui de l'heureuse et rapide influence de son procédé, plusieurs observations suivies et détaillées.

Cette assertion, je le répète, mérite d'être contrôlée en raison du nom de celui qui l'a produite, en raison aussi de l'importance des résultats. De ceux-ci on peut se rendre compte en considérant le nombre de semaines pendant lesquelles sont contraints de rester couchés les malades atteints de bubons suppurés; le nombre des malades qui, porteurs de chancres simples, ne peuvent être traités chez eux et se présentent, main en vain—faute de lits vacants—à la porte des hôpitaux; enfin, le nombre d'inoculations accidentelles qu'évitera une promptitude aussi grande de la guérison.—Dr Barthelemy, in *Union médicale.*

Usages chirurgicaux du collodion.— On ne saurait assez insister sur l'usage du collodion en chirurgie écrit le Dr Gamgee (*Birmingham Medical Review*). Par sa rapide évaporation et sa contraction, il exerce tout à la fois une double action antiphlogistique, la réfrigération et la compression. Dans l'orchite aiguë, je ne connais pas de traitement plus simple, plus rapide et plus satisfaisant que l'application, à l'aide d'un pinceau, de plusieurs couches de collodion sur le cordon et le scrotum. Sans doute, le premier sentiment est pénible, mais il cesse après la rétraction rapide des tissus, et ce fait, signalé il y a déjà quelque trente ans par Bonnafont, était tombé dans l'oubli. Pour raffermir des parties autour desquelles on ne peut passer des bandes, qu'y a-t-il de mieux que ce précieux agent? Dernièrement un jeune homme, dont la santé d'ailleurs était excellente, me consultait pour un gonflement du nez très disgracieux, dont je le guéris par des badigeonnages au collodion pendant quelques jours. Quand il y a fracture des os du nez, quoi de plus simple que de placer sur cet organe un moule de coton trempé dans le collodion, à condition toutefois que le moule soit assez grand pour envelopper le nez dans son ensemble et prendre un point d'appui sur ses parties latérales. Le patient compare le sentiment qu'il éprouve à l'application d'un solide bandage et la consolidation a lieu très rapidement, grâce à cet appareil qui peut être facilement renouvelé.

Des blessures récentes se cicatrisent bien avec le collodion, c'est ainsi que dernièrement un cocher vint me consulter pour une plaie, peu profonde d'ailleurs, produite par une roue de voiture qui avait éraflé la peau au niveau de la partie moyenne du tibia droit. Comme pansement il s'était contenté d'appliquer des compresses d'eau froide, et la petite plaie agrandie présentait une rougeur périphérique assez étendue, la pression de la peau dans le voisinage était douloureuse. Ayant desséché avec du tissu absorbant la surface de la plaie, j'y passai quelques couches de collodion, et par-dessus le tout j'appliquai un bandage. L'opération eut un plein succès, et après avoir deux fois renouvelé le pansement, à quatre jours de distance, la cicatrisation fut parfaite. Pendant tout le temps du traitement le blessé continua de conduire et d'exercer sa profession sans perdre une heure de son travail.—*France médicale.*

Luxations et fractures.—Extraits d'une clinique de M. Jonathan Hutchinson, F.R.C.S., au *London Hospital.*—M. Hutchinson commence par mettre ses auditeurs en garde contre le danger de méconnaître une dislocation dans un cas donné. Pour cela il leur donne deux règles à observer :

1° N'examinez jamais un malade, dans ces conditions, sans le dépouiller et comparer bien exactement les deux côtés du corps. 2° Si, après cet examen, vous avez encore des doutes au sujet de l'existence d'une luxation, ne vous en tenez pas là, mais, mettant le patient sous l'influence du chloroforme, prenez tout le soin nécessaire pour faire un diagnostic aussi absolument certain que possible. Ce soin devra surtout être de mise dans le cas de jeunes malades qui, naturellement, opposent beaucoup de résistance s'ils ne sont pas endormis, et aussi chez ceux qui sont trop sensibles et trop pusillanimes.

Il arrive, dans beaucoup de cas, que la luxation, au lieu d'être simple, se complique d'une fracture, ce qui augmente la difficulté du diagnostic ; c'est chez les jeunes enfants que cette complication se rencontre le plus souvent, les luxations pures et simples étant rares chez eux. M. Hutchinson dit n'avoir jamais rencontré de luxation simple de l'épaule chez l'enfant ; d'un autre côté il en a vu un grand nombre où il y avait un décollement épiphysaire simulant beaucoup une dislocation. Cette lésion ne se montre pas au poignet ; on la rencontre le plus souvent à la hanche, et, quand il s'agit d'un enfant, il importe de se rappeler que quand il y a des symptômes de luxation, on peut les prendre également pour des signes indiquant d'autres lésions.

Chez l'enfant, les décollements épiphysaires des os longs ne sont pas rares, mais on ne doit pas les considérer comme des fractures véritables. Il n'y a qu'un glissement de l'extrémité supérieure de l'os simulant parfois beaucoup une luxation.

Chez l'adulte, la luxation des deux os de l'avant-bras au pli du coude n'est pas rare non plus ; elle est très fréquente chez les enfants. Dans ce dernier cas, ce n'est le plus souvent encore qu'un décollement des épiphyses simulant une luxation en arrière.

Dans le traitement du décollement épiphysaire du coude chez l'enfant, le plan qui réussit le mieux est celui qui consiste à placer le membre dans la demi-flexion et de le fixer sur une attelle qui remonte en haut du bras ; cette attelle doit être maintenue au moyen de diachylon,

tandis qu'un coussin est appliqué à la partie supérieure de l'humérus sur lequel est ainsi exercée une pression convenable. L'application de l'appareil doit se faire durant le sommeil chloroformique complet. La pression ainsi exercée sur l'humérus doit être considérable si l'on veut obtenir le résultat désiré; elle doit se faire même en dépit de la tuméfaction qui se produit dans beaucoup de cas et qui est due à la déchirure du périoste. Dans un cas vu récemment par M. Hutchinson, l'omission de ces détails avait eu pour résultat l'anchylose de l'articulation; il est donc à désirer que le praticien, dans tous les cas de ce genre, se garde bien de pronostiquer une guérison sans raideur ultérieure du coude. Dans le décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius, il arrive assez souvent que l'on se trompe et que l'on croie à une luxation du poignet. En règle générale, il n'y a qu'un déplacement incomplet de l'épiphyse, cependant on rapporte un cas où le déplacement a été complet. Les parties détachées doivent être mises en juxtaposition, puis le membre mis dans un appareil approprié, le tout avec l'aide du chloroforme.

Pour prouver la rareté des luxations du poignet, M Hutchinson dit qu'il n'en a jamais vu lui-même, et que les lésions que l'on a décrites sous ce titre ont toujours fini par être, en définitive, chez les jeunes sujets, un décollement épiphysaire, et chez l'adulte, une fracture. Il met de même en doute l'existence de la luxation de l'épaule dite sous-glénoïdienne; dans tous les cas qu'il a examinés dans le but de la constater, il a vu qu'il s'agissait de la variété sous-coracoïdienne, ce dont il pouvait s'assurer, du reste, par le fait de l'absence de tout allongement qui, dans le cas d'une luxation sous glénoïdienne, doit être de un pouce et demi à deux pouces.

C'est au professeur Flower que doit revenir l'honneur d'avoir attiré l'attention sur les faits que ce qu'on appelait luxation sous glénoïdienne n'est en réalité qu'une dislocation sous coracoïdienne. Le Dr Howe avait aussi, avant le Dr Flower, fait observer que dans la luxation sous glénoïdienne il doit nécessairement y avoir allongement du membre; malgré cela, cependant, un manuel de chirurgie bien connu continue, dans sa dernière édition, de propager l'erreur en question, et donne des gravures dans lesquelles les deux formes de luxation sont représentées avec égale longueur des membres dans les deux cas.

Chez l'enfant, les luxations du coude peuvent être traitées avec grand espoir d'obtenir de bons résultats. Il n'en est plus de même quand le sujet est âgé, car bien que dans ce dernier cas, la réduction puisse se faire sans danger de fracture, cependant il y a grand risque de production d'une arthrite rhumatismale chronique, complication qui arrive dans presque tous ces cas-là. En vue de la grande fréquence de cette arthrite dans les cas de luxation du coude chez les vieillards, le chirurgien doit donc être très réservé en portant son pronostic au sujet du plus ou moins d'utilité du membre pour plus tard; le malade ayant beaucoup plus de chance de rester avec une articulation plus ou moins malade.—*Canada Lancet.*—(*A suivre.*)

Genu valgum.—D'après M. Desprès, (*Société de chirurgie* de Paris) la théorie classique du genu valgum est absolument fausse. Pour lui, les lésions osseuses sont consécutives, et l'affection présente toujours, à son début, une paralysie musculaire contre laquelle le traitement électrique donne les meilleurs résultats.

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la grossesse, des erreurs auxquelles elle expose.—Clinique de M. le professeur PAJOT.—Messieurs, je vous ai réunis aujourd'hui pour vous communiquer une observation que vous n'oublierez jamais. Elle sera pour vous d'un grand enseignement et vous mettra pour toujours, par les réflexions qu'elle vous suggérera, à l'abri de certaines *fautes monstrueuses*, toujours préjudiciables à la réputation du médecin et parfois si funestes à l'existence des malades.

Ces fautes-là, il est arrivé à des hommes éminents, occupant en obstétrique une place considérable, de les commettre. Je vous ai du reste signalé, dans nos premières leçons et quand nous nous occupions du diagnostic de la grossesse, quelques exemples de ce genre. J'ajoutai que si 95 fois sur 100 le diagnostic de la grossesse était chose facile, il devenait dans quelques cas d'une difficulté extraordinaire.

L'observation dont il s'agit et toute récente d'une *faute de cette nature*, a été commise par des hommes hautement placés, et dont l'un même jouit, dans les questions qui nous occupent, d'une des célébrités les plus bruyantes du jour. Loin d'hésiter à vous faire cette communication, j'ai absolument tenu à ce que vous en prissiez connaissance, parce qu'elle vous tracera une règle de conduite précise dans ces cas difficiles et obscurs, et parce qu'elle pourra sauvegarder votre réputation et quelquefois même la vie de vos malades.

Voici la communication que me fait un confrère des environs de Paris.

" Mme B., 35 ans.

Antécédents.—A eu un premier enfant à l'âge de 20 ans. Accouchement très long et laborieux; forceps, déchirure du périnée, fistule vésico-vaginale.

A eu, depuis, deux autres enfants. Acccouchements très faciles.

Depuis le dernier accouchement qui a eu lieu il y a huit ans, Mme B... a conservé un abaissement considérable de matrice: elle a été trois mois dans le sang. Métrorrhagies épouvantables qui la forçaient à garder le lit onze mois de l'année. Est devenue veuve. A imaginé, il y cinq ans, de s'introduire dans le vagin *une grosse éponge*, servant à soutenir l'utérus et à absorber l'urine qui s'écoule dans la fistule vésico-vaginale. *Depuis qu'elle porte cette éponge, les métrorrhagies ont disparu.* Les règles, peu abondantes, viennent irrégulièrement.

Cette dame s'est remariée. Elle *n'a jamais pratiqué le coït* sans son éponge au fond du vagin.

L'été dernier, Mme B... me fait demander.

—Docteur, me dit-elle, je grossis beaucoup; je voudrais savoir si je suis enceinte.

J'interroge ma cliente.

Les règles ont continué à paraître comme d'habitude, malgré le développement de l'utérus qui dépasse le pubis et est très mobile. Je pratique le toucher. Je retire l'éponge grosse comme le poing, *imprégnée de sang et d'urine.* Le périnée très lâche se laisse facilement déprimer; la fistule vésico-vaginale existe toujours, mais très petite. Le col de l'utérus, qu'on atteint difficilement dans la position horizontale, descend à quelques centimètres de l'orifice de la vulve, quand on prie

Mme B... de se mettre debout. Le col est plat, petit, dur, atrophié, pâle, décoloré. L'orifice est très peu développé; on fait à travers la paroi abdominale osciller facilement l'utérus, mais ces oscillations ne semblent pas se communiquer au col. Je demande quinze jours pour me prononcer. Je reviens quinze jours après, Mme B... *a senti remuer l'enfant.*"

Malheureusement, messieurs, toutes les femmes qui ne sont pas enceintes, mais qui croient l'être, sentent remuer; cette sensation subjective des mouvements éprouvée par les femmes, et qu'elles attribuent à la présence de l'enfant, ne doit constituer pour le médecin qu'un signe très discutable.

Je cherche les bruits du cœur et je ne les trouve pas. Je ne puis me prononcer. Je donne à ma cliente l'adresse de deux accoucheurs, en la priant d'aller consulter l'un d'eux le lendemain. *Les règles apparaissent.* Mme B... est prise de malaise; le mari, homme intelligent, me prie de faire venir un confrère de Paris, voulant immédiatement savoir à quoi s'en tenir. Un *chirurgien des hôpitaux, accoucheur*, vient le lendemain. Examen complet de la malade; le confrère m'appprend que ma cliente a un *kyste de l'ovaire.* Nous donnons au mari toutes les explications nécessaires. Alors, dit celui-ci, qu'on opère prochainement! Il est convenu qu'on fera *une ponction exploratrice*, puis l'opération *définitive* un peu plus tard. La malade, envisageant avec effroi l'opération, désire consulter le prince des kystes de l'ovaire. Je conduis moi-même Mme B... chez l'opérateur. Le sang avait reparu la veille. L'examen est pratiqué sur le fauteuil spécial, très longuement et très attentivement. *Pas d'auscultation des bruits du cœur.*

Diagnostic: *gros corps fibreux!* Il n'y a pas lieu d'opérer en ce moment, d'autant plus que la mortalité est de 70 pour 100. Mais dans trois mois, nous opérerons si la famille le désire. Mme B..., découragée, prend, sur le conseil d'une commère, des purgatifs très violents et, *trois semaines* après ce dernier examen, elle accouche toute seule d'une *fille de sept mois et demi à huit mois.*"

En résumé... Grossesse, *malgré une grosse éponge pendant le coït.*

Apparition des règles (???) huit fois pendant cette grossesse.

1° Examen par un simple médecin qui, dès le début, a avoué son incompétence.

2° Par un chirurgien des hôpitaux, *accoucheur*, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et veut opérer.

3° Par un célèbre laparotomiste qui ne veut pas opérer *avant trois mois*, mais constate *un gros corps fibreux.*

4° Enfin, accouchement d'une fille trois semaines après ce diagnostic.

5° Depuis, disparition complète de toute trace de tumeurs.

Messieurs, des faits de cette nature ne réclament pas de dissertation. Ils sont bien, n'est-ce pas, assez éloquents par eux-mêmes! Mais je tiens à vous dire que des fautes aussi monstrueuses ne sont commises, et mêmes sont couvertes, comme dans ce cas particulier, par des hommes considérables, que parce qu'on oublie de vieux conseils, vieux conseils que j'écrivais il y déjà bon nombre d'années! Conseils qui, si vous ne les oubliez point, vous empêcheront, je vous le répète, de tomber dans de pareilles erreurs! Ces conseils les voici; et voyez s'ils ne vous paraissent pas *spécialement* écrits pour le fait que nous venons d'examiner ensemble:

" Dans ces cas obscurs et difficiles, il est une conduite simple à tenir et en même temps utile et prudente, jamais elle ne compromettra ni la santé ni la vie de la femme, ni non plus la réputation du médecin. Cette conduite, c'est *l'expectation*: il faut savoir attendre.

" S'il y avait quelque indication pressante, sans doute il conviendrait de la remplir; mais, quand la vie est menacée, qu'importe alors la grossesse ?

" D'ailleurs, ni la vie ni même la santé de la femme ne sont en question généralement. La femme veut savoir si la grossesse est ou n'est pas. Or, tant que le problême ne paraît pas soluble avec certitude, ne le résolvons point: *attendons et surtout n'agissons pas, si rien ne fait une absolue nécessité d'agir.*

" *Le temps est ici le meilleur de tous les moyens de diagnostic.*"—*Scalpel.*

Accouchement artificiel pour prévenir la cécité.—On sait que souvent et surtout dans les derniers mois de la gestation, les femmes enceintes sont sujettes à des troubles de la vue dépendant soit d'une rétinite albuminurique, soit d'une atrophie plus ou moins apparente sur le nerf optique.

D'ordinaire les symptômes vont croissant à chaque grossesse, et il n'est pas rare de voir s'établir une amaurose complète et définitive. Le Dr Loring croit que dans ces circonstances, pour prévenir la cécité, le médecin doit provoquer l'accouchement ou l'avortement; personne, avant lui, n'avait encore touché à ce point de déontologie. D'habitude le médecin de la famille, dès qu'apparaissent les troubles visuels, chercher à assurer la malade, lui assure que tout rentrera dans l'ordre dès qu'elle sera délivrée, et ce n'est que devant une menace d'éclampsie (dont l'amblyopie est souvent l'avant-coureur) qu'il se décide à pratiquer l'accouchement artificiel. L'auteur ne prétend pas qu'il faille opérer aux premiers désordres de la vue chez une primipare, mais seulement si l'atrophie est nettement apparente et s'est déjà accusée, quoique plus faiblement, dans une ou plusieurs grossesses antérieures.

L'intervention doit être plus prompte au cas de rétinite albuminurique. Cette pratique est-elle correcte au point de vue médico-légal ? La loi autorise l'avortement artificiel " quand la mère est en danger et que cette opération doit lui sauver la vie." Actuellement il est généralement admis (Simpson) que céphalalgie, vertiges, amblyopie sont des symptômes précurseurs de l'éclampsie, qui devient imminente dès que paraît l'albuminurie; sur ces bases pathologiques, le Dr Loring formule les préceptes suivants :

1° Il faut pratiquer chez les femmes enceintes de fréquents examens ophthalmoscopiques, bien que la patiente ne se plaigne pas de ses yeux; c'est la seule façon de ne pas laisser passer inaperçue une rétinite albuminurique.

2° Lorsqu'une perte considérable de l'acuité visuelle chez une femme enceinte avec ou sans lésions constatables de la rétine fait craindre la perte de la vue, l'accouchement artificiel est un devoir.

3° Cette opération est plus nécessaire encore lorsque des troubles de la vue se sont montrés dans une grossesse précédente.

4° Lorsqu'une perte de l'acuité visuelle (passagère ou permanente) aura été causée par une grossesse, il est du devoir du médecin d'annoncer aux époux les dangers d'une conception ultérieure. — *N. Y. Med. Journal.*

Les déchirures du périnée.—Les déchirures du périnée doivent être rangées parmi les accidents de l'accouchement que le praticien habile cherche à éviter avec le plus grand soin ; si, le plus habituellement, elles ne présentent pas de gravité, elles sont toujours désagréables pour la femme, et deviennent quelquefois, lorsqu'elles sont très étendues, la source d'une infirmité sérieuse.

Il est donc utile de rappeler dans quelles conditions surviennent de préférence les déchirures ; ces notions permettront en effet de prévenir à l'avance la femme ou l'entourage de la possibilité de l'accident.

Il est non moins utile de rappeler quelles sont les précautions les plus importantes à prendre pour éviter ces déchirures, et d'indiquer les moyens de réparer autant que possible les degâts causés au périnée par l'accouchement.

Etiologie.—Certaines causes, tenant soit à la mère, soit au fœtus, prédisposent aux ruptures du périnée.

Ce sont surtout les *primipares* qui, pour diverses raisons, y sont particulièrement exposées : on sait avec quelle lenteur se dilate chez elles l'orifice utérin, tandis qu'au contraire c'est assez rapidement que le périnée se distend pour livrer passage à la tête du fœtus. Que ce périnée soit un peu altéré, un peu infiltré comme dans l'éclampsie, et l'on comprend avec quelle facilité se produira la déchirure. Il y a, d'après Pajot, des périnées voués pour ainsi dire fatalement à la déchirure ; et ce ne sont pas les périnées les plus longs et les plus minces qui sont le plus exposés ; ce sont les périnées gros, courts, infiltrés, œdématiés.

Quelques auteurs admettent dans certains cas une altération spéciale des tissus qui en diminue la résistance. Certains périnées ne sont ni assez résistants, ni assez extensibles; d'après Olshausen, ce sont particulièrement les périnées des primipares d'un âge un peu avancé, des jeunes femmes grasses et fortement musclées, et ceux qui sont variqueux ou œdématiés depuis une époque plus ou moins reculée de la grossesse.

Certains vices de conformation du bassin, tels que la trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral (Dupuytren) et le défaut de concavité antérieure du sacrum (Moreau) peuvent, en rapportant plus en bas et en arrière l'axe du détroit inférieur, favoriser les déchirures. M. Eustache, de Lille, insiste sur ces causes et incrimine particulièrement cette malformation du bassin auquel on donne le nom de *barrure :* le diamètre sacro-sous-pubien de l'excavation est diminué, l'axe du petit bassin correspond à la partie postérieure du périnée et, de plus, l'écartement des symphyses est moins considérable, plus aigu et gêne le dégagement de l'occiput L'intensité et la rapide succession des contractions utérines, en hâtant l'expulsion du fœtus, empêchent parfois les tissus du périnée de se distendre suffisamment au passage de la tête ; le périnée est, pour ainsi dire, *surpris*; il cède brusquement avant d'avoir eu le temps de se prêter aux efforts qui s'exercent sur lui. On connait à cet égard l'influence, déjà si néfaste à d'autres points de vue, du seigle ergoté.

Du côté du fœtus, les causes, pour être peut-être moins nombreuses, n'en sont pas moins réellement actives; le volume exagéré d'une partie fœtale, de la tête en particulier, donnera lieu parfaitement à une déchire ; c'est surtout lorsque la rotation ne s'est pas faite, et que la tête se dégage en position occipito-sacrée, qu'il y a beaucoup à craindre ; les positions postérieures seront plus facilement accompagnées de déchirures que les

antérieures. Parfois, si la tête, petite, n'a distendu qu'incomplètement le périnée, si l'on se hâte trop de terminer l'accouchement, c'est au moment du dégagement des épaules, fait non méthodiquement, que va se produire la déchirure. De même dans les présentations du siège, outre qu'on a tout intérêt à faire rapidement l'extraction de la tête, la déchirure se produira d'autant plus facilement que le périnée n'a été qu'incomplètement distendu, préparé par le passage du siège. Certaines opérations obstétricales augmenteront encore le danger : une version podalique, une application de forceps, amèneront assez facilement les déchirures pour différentes raisons, mais surtout parce qu'on a généralement hâte de terminer l'accouchement. Si plusieurs de ces causes coexistent, elle augmenteront le danger; dans une application de forceps faite, par exemple, lorsque l'occiput se dégage en arrière, le périnée sera presque fatalement intéressé, surtout si l'accouchement ne s'oppose pas à la sortie trop brusque de la tête.

Prophylaxie.—Dans ces différents cas, l'accoucheur devra redoubler de précautions, mettre rigoureusement en usage les plus petites manœuvres destinées à préserver le périnée.

L'une des plus anciennes méthodes consiste à le soutenir avec la face palmaire de la main engagée sous la cuisse et appliquée en travers du périnée. Nombre d'accoucheurs ont abandonné ce moyen, parfois inutile, ayant vu, ou plutôt senti des périnées se déchirer complètement sous la main ainsi appliquée ; ils préfèrent agir directement en plaçant la main sur la partie fœtale qui se présente à la vulve. " On la retient dans les parties génitales, de façon à permettre au périnée de se distendre lentement. " On applique deux ou trois doigts de la main droite passée par-dessus le ventre jusqu'à la vulve, de manière à retenir la tête fœtale au moment des contractions utérines, on peut en même temps soutenir le périnée avec l'autre main, suivant l'ancienne méthode. Depaul agit à la fois directement sur la tête et sur la commissure antérieure du périnée, de sorte que, la tête se trouvant ainsi retenue au niveau de l'orifice vaginal et vulvaire, le périnée peut se distendre lentement.

Quelques accoucheurs cherchent surtout à favoriser le déplacement des téguments situés en arrière et sur les parties latérales de la vulve vers cet orifice, ce qui facilite sa distension en lui fournissant plus d'étoffe.

D'après Playfair, lorsque la tête distend le périnée, le pouce et l'index de la main droite doivent être couchés sur les bords de la vulve qu'ils cherchent à rapprocher, tandis qu'avec la paume de la main on s'efforce d'allonger le périnée et de pousser son bord antérieur en avant de la tête.

Srestale au contraire élargit, avec deux ou trois doigts, la commisssure postérieure de la vulve, et la maintient ainsi d'une façon ferme et continue pendant un certain temps ; il réussit ainsi, non-seulement à dilater rapidement l'orifice vulvaire, mais encore à empêcher la rupture du périnée ; quelquefois même une application peut être évitée par cette méthode, lorsque le seul obstacle est la rigidité du périnée.

Lors même qu'une application de forceps est présumée nécessaire, à cause d'un obstacle siégeant au détroit supérieur, on retire des avantages de cette méthode, en évitant les déchirures du périnée qu'on a préparé ainsi à la distension.

De même, Duke commence la dilatation du périnée avant l'arrivée de la tête fœtale, de manière à ce que celle-ci trouve la besogne en partie faite et n'ait plus qu'à l'achever. Dans ce but, vers la fin de la période de dilatation, l'accoucheur introduit, à chaque contraction utérine, soit le pouce de la main gauche, soit deux doigts de la main droite dans le vagin, et il déprime fortement le périnée en le repoussant vers le coccyx. Il répète cette manœuvre à chaque douleur de la femme.

L'emploi des corps gras, huile, vaseline, est utile pour assouplir le périnée.

Hohl, en même temps qu'il cherche à refouler la tête vers l'arcade pubienne, tâche d'abaisser l'occiput, de façon à le dégager jusqu'à la nuque, avant que le front vienne à se mettre en contact avec le périnée. Cette manière de faire est également adoptée par Olshausen qui emploie un procédé pénible pour la femme; il cherche à provoquer la sortie de la tête en la repoussant en haut et en avant sous la symphyse à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, et tâche de suppléer ainsi à l'impuissance des efforts de la femme.

Chaque accoucheur a son procédé pour empêcher la rupture du périnée; non seulement il faut insister sur les manœuvres précédentes, mais encore indiquer la position la plus favorable à donner à la femme.

En France on adopte généralement le décubitus dorsal; la femme étant couchée presque horizontalement, le siège est élevé au moyen d'une ou deux paires de draps que l'on place sous la région sacrée; les cuisses sont à demi-fléchies et les genoux écartés.

En Angleterre, la femme est le plus habituellement couchée dans le décubitus latéral gauche, le siège répondant au bord du lit; les cuisses sont modérément fléchies sur le bassin et les genoux écartés l'un de l'autre. Certains auteurs, Arlt, Shrœder, préconisent la position accroupie sur les genoux et les coudes, parce que, dans cette position, la tête, par son propre poids, se place en plein dans l'arcade pubienne. Quelle que soit la position qu'on fasse prendre à la femme, il faut surveiller avec soin la dernière phase de l'accouchement. Pour M. Tarnier il y a, afin d'éviter les déchirures du périnée, quatre indications principales à remplir: 1° empêcher la sortie brusque de la tête; 2° diriger cette partie fœtale, au moment de son expulsion, suivant l'axe de l'orifice vulvaire; 3° favoriser son mouvement d'extension, quand le front commence à se dégager; 4° soutenir le périnée.

Malgré ces précautions, la déchirure du périnée peut devenir imminente, quasi inévitable. Le périnée, fortement distendu, présente même déjà quelques éraillures, il va se déchirer.—Que faire alors? Engager la femme à ne plus pousser, tâcher de paralyser, autant que possible, les efforts combinés des muscles abdominaux et de la contraction utérine, puis s'efforcer de limiter l'étendue de la déchirure et l'empêcher de se diriger vers l'anus: il faut avoir recours à *l'épisiotomie.* On s'arme de ciseaux ou d'un bistouri boutonné et l'on pratique une incision de 5 à 10 millimètres, soit une incision médiane (Michaelis) soit deux incisions latérales (Eichelberg), soit des incisions multiples (Rigten). Tarnier recommande de faire une incision qu'il commence sur la ligne médiane, puis qu'il dirige obliquement de côté et en dehors de l'anus.

Il faut être sobre de ces incisions qui ne sont pas toujours sans

inconvénients, ne les employer que dans les cas où, pour ainsi dire, *le périnée va craquer*. Olshausen n'aime pas beaucoup cette petite opération qui ne lui semble pas toujours efficace ; il lui semble dangereux de pratiquer une plaie du périnée chez une femme, alors qu'il n'est point fatal que la déchirure se produise, les faits où la déchirure périnéale peut être regardée comme inévitable étant assez rares. Il se borne le plus souvent à inciser la couche musculaire sous-muqueuse sans intéresser les téguments. Mieux vaut cependant pratiquer hardiment l'épisiotomie que de voir un périnée se déchirer complètement. —*Concours médical.*—(*à suivre*)

Chirurgie abdominale et hystérectomie.—Extraits d'une communication de M. Lawson TAIT, F. R. C. S. Eng., à l'*Association médicale canadienne*.—M. Tait attribue à Keith l'honneur d'avoir le plus contribué, de notre temps, au développement de la chirurgie abdominale. Après avoir, pendant plusieurs années, mis à l'essai la méthode antiseptique de Lister dans tous et dans chacun de ses détails, M. Tait en est venu à la conclusion que cette méthode n'offre pas les avantages qu'on lui attribue et l'a entièrement mise de côté dès janvier 1881. "Le seul chirurgien, dit-il, qui emploie le Listérisme dans la pratique de la chirurgie abdominale est M. Knowsley THORNTON. Beaucoup de chirurgiens de ce continent sont venus me voir opérer et je crois que tous étaient sous l'impression que j'employais quelqu'agent antiseptique secret qui put expliquer mes succès. Si j'emploie un agent semblable, il doit exister partout dans la nature, car, en présence même de mes visiteurs, j'ai puisé de l'eau à la fontaine et m'en suis servi pour laver les éponges, faire la toilette de l'abdomen, etc. Cette eau a été soumise à l'analyse et l'on n'a pu me convaincre de magie. On me demande toujours à quoi j'attribue mes succès, et je réponds invariablement que je n'en sais rien. Ce ne peut être au climat, comme quelques-uns l'ont suggéré, car notre climat est des plus variables,—le pire qu'il y ait au monde. Ce n'est pas non plus à l'air frais et pur, parce que la plupart de mes cas, et toujours les plus défavorables, sont opérés au centre même d'une grande ville manufacturière.

Pour moi, voici ma réponse : J'ai consacré ma vie toute entière à cette spécialité et je ne fais pas autre chose ; cela me donne cinq ou six, quelquefois huit ou dix opérations à faire par semaine. J'accorde l'attention la plus minutieuse à tous les détails et soumets mes malades à une véritable *discipline de fer*. Quand la chose est possible, je n'opère pas dans une maison privée, parce que là je n'ai aucun contrôle sur mes patientes et mes gardes, encore moins sur les amies des malades. L'incident que je vais rapporter vous en dira assez long sur ce point. Dans mon hôpital privé, il est une règle qui veut que chaque malade se mette au lit aussitôt après son entrée. Un jour, une dame arrive de fort loin, souffrant d'une tumeur ovarienne. La garde lui demande de vouloir bien se mettre au lit immédiatement. La dame refuse, disant qu'elle le fera après qu'elle m'aura vu. La garde insiste, et ajoute que je ne consentirai certainement pas à venir si elle ne s'est couchée d'abord. La patiente s'obstinant toujours à ne pas le faire, j'envoyai lui dire qu'elle eût à se mettre au lit ou à s'en retourner chez elle ; elle choisit cette dernière alternative, et cela à ma grande satisfaction. Elle a sans doute trouvé cette règle bien absurde, mais l'ab-

surdité n'est qu'apparente. Ce m'est une preuve de l'obéissance et de la confiance des malades, et je sais fort bien que je ne pourrais jamais m'entendre avec une patiente qui discuterait l'opportunité de mes ordres et douterait de la sagesse de mes prescriptions. C'est moi-même qui forme mes gardes-malades, et de fait je ne voudrais pas en accepter une seule qui eût eu déjà quelqu'expérience.

Enfin je porte une attention toute particulière aux soins de propreté, et cela, dans les plus petits détails.

Je ne me fie à aucune garde-malade, sans aller voir moi-même comment les choses sont faites. Par ce moyen je me suis formé tout un état-major d'aides compétentes, et j'ai pu établir une institution dans laquelle toutes les précautions possibles sont prises. Voilà toutes les raisons que je puis donner pour expliquer mes succès, et je crois que vous les comprendrez facilement.

Il est cependant certains détails de l'opération elle même qui contribuent beaucoup au succès de celle-ci et dont je veux dire quelques mots. Il y a d'abord l'abandon du *clamp* ou serre-pédicule. Quoiqu'en dise Sir Spencer Wells, personne ne veut plus revenir au *clamp*, tant pour l'hystérectomie que pour l'ovariotomie ?... J'ai vu M. Bantock opérer, et j'ai remarqué, entre autres choses, qu'il a abandonné l'emploi du perchlorure de fer pour cautériser le pédicule. Comme je lui en demandais la raison, il me répondit que pour sa part, il était convaincu que l'emploi du perchlorure de fer avait augmenté beaucoup le chiffre de la mortalité par le *clamp*, parce qu'étant donné un pédicule épais serré par le *clamp*, il est impossible de fermer complètement la plaie abdominale et d'empêcher l'introduction du liquide dans la cavité. Sans accepter d'emblée l'explication du Dr. Bantock, je résolus de ne plus employer le perchlorure de fer. Comme tous les autres, j'avais accepté l'opinion émise par Sir Spencer Wells, qu'un pédicule en putréfaction empoisonnerait la plaie ; je ne pouvais donc me résoudre à la laisser ainsi sans intervenir de quelque manière. Quand, il y a plusieurs années, je donnais comme cause vraisemblable de la mort, la fermeture incomplète de la plaie péritonéale, j'étais loin de penser que c'était le perchlorure de fer qui amenait ainsi le résultat fatal. Quelques jours après mon entrevue avec M. Bantock, j'eus occasion de pratiquer une hystérotomie, et je pansai le pédicule au moyen de cristaux de thymol. La malade mourut de péritonite au bout de quatre jours et nous pûmes nous convaincre que le thymol avait pénétré dans le péritoine. Depuis lors, j'ai fait une autre hystérotomie sans panser du tout le pédicule et ma patiente a fait une très heureuse guérison.

Tout spécialiste a eu connaissance de ces multitudes de malheureuses femmes qui vont d'hôpital en hôpital et de médecin en médecin, cherchant en vain du soulagement à leurs maux. Il est certain qu'il y a des centaines de tumeurs utérines qui ne donnent lieu à aucun inconvénient, mais ce ne sont pas ces cas là qui viennent à nous. Si une femme n'éprouve aucun trouble du côté du bassin, elle ne va pas consulter le gynécologiste, et si elle porte une tumeur utérine qui ne donne lieu à aucun symptôme, cette tumeur reste ignorée, cela va sans dire. Mais quand la femme éprouve des douleurs causées par la pression de la tumeur sur les viscères, ou une hémorrhagie grave, c'est alors qu'elle vient demander nos conseils. Supposons que nous constations la présence d'un myome utérin, que faut-il faire ?

Si la tumeur est petite, la femme presque arrivée à l'époque menstruelle et l'hémorrhagie susceptible d'être contrôlée par le repos et l'usage de l'ergot, on peut conseiller d'attendre encore; mais au contraire, si l'époque menstruelle est éloignée, l'hémorrhagie incontrôlable et la tumeur augmentant de volume, alors l'intervention chirurgicale devient de mise.

Cette intervention est double et consiste dans l'ablation, soit des annexes de l'utérus, soit de la tumeur utérine elle-même par l'hystérectomie sus-vaginale.

En Europe, tout le monde sait que l'ablation des annexes de l'utérus arrête complètement la menstruation dans la grande majorité des cas, ainsi que la croissance des myomes utérins en général, et que parfois même, elle amène la disparition complète de ceux-ci. Or, la plupart des myomes utérins que nous avons à traiter peuvent l'être d'une manière satisfaisante par l'hystérectomie, opération dont les résultats fatals sont assez rares et vont d'ailleurs en diminuant de fréquence.

Plusieurs objections ont été soulevées contre cette opération. On lui reproche le chiffre de sa *mortalité*. Mais celle-ci s'explique par le fait de la nouveauté même de l'opération, et ne saurait d'ailleurs persister longtemps. On dit encore que les myomes utérins ne constituent pas par eux-mêmes une maladie fatale. Ceci ne s'accorde pas avec les résultats de mon expérience. Au reste, le but de l'art médical n'est pas seulement de sauver la vie, mais aussi de soulager la souffrance, non seulement des individus mais surtout du plus grand nombre. Une troisième objection a été que cette opération annihile l'appétit sexuel des malades en même temps qu'elle les rend stériles. Il va sans dire que le myome utérin a aussi pour effet de rendre la femme stérile, au moins 99 fois sur 100, de sorte que ce point là importe assez peu. L'autre raison est également peu fondée. Mais, supposons qu'il y ait du vrai dans cet allégué, on ne peut soutenir qu'une femme doive se résigner à souffrir plutôt que de perdre même une partie de cette propension animale qu'il est si difficile de réprimer et dont la répression constitue le principal but de toutes les doctrines religieuses.

Il y a des cas de myomes utérins demandant une intervention chirurgicale, mais où l'ablation des annexes semble n'exercer aucune influence satisfaisante. A ce propos, M. Knowsley Thornton a suggéré que, dans tous les cas de myome où une opération est jugée nécessaire, on enlève d'abord les annexes, et qu'ensuite, si une opération devient nécessaire, on pratique l'hystérectomie. Je ne puis soulever aujourd'hui qu'une objection incomplète à cette manière de procéder, et la voici : j'ai remarqué qu'il est une forme de myome sur laquelle l'ablation des annexes n'exerce aucune influence, c'est la variété à laquelle j'ai donné le nom de myome œdémateux (*soft œdematous myoma*). Mais il est difficile de diagnostiquer cette forme avant l'ablation. En outre il y a des cas, peu nombreux à la vérité, où il est impossible d'enlever les annexes ; alors il faut de toute nécessité avoir recours à l'hystérectomie. Enfin, l'ablation des tumeurs utérines a été, dans les mains de Bantock, suivie de résultats si brillants, que l'hystérectomie va, je l'espère, prendre maintenant un nouvel essor.—*Canadian Practitioner.*

(*à suivre*)

PÆDIATRIE.

De l'amygdalotomie.—Clinique de M. le Dr de ST-GERMAIN, à l'hôpital des Enfants-Malades.—Vous m'avez vu enlever un certain nombre d'amygdales sans avoir recours à l'amygdalotome de Velpeau ou à celui de Lüer. Ces deux instruments ont de nombreux inconvénients et, pour ne parler que du dernier, le plus nouveau, je vous dirai qu'il arrive souvent qu'on fait saillir la lame longtemps avant la fourchette et qu'on n'enlève, par suite, qu'une languette de l'organe. On prétend alors que l'amygdale a repoussé, ce qui est faux, car je ne sache pas que cela soit jamais arrivé.

Une autre question se présente maintenant à mon esprit. Doit-on enlever les amygdales ? Oui, mais je n'enlève que celles qui se touchent et je suis persuadé qu'il faut respecter celles qui sont éloignées de plus d'un centimètre. Est-ce la seule contre-indication ? Non, il faut encore tenir compte de l'âge du sujet et du milieu où il se trouve. En effet, lorsque vous avez affaire à des filles qui ont moins de 15 ans, vous ne devez pas opérer, parce qu'un grand nombre de faits nous montrent, qu'à la suite de l'apparition des règles, les amygdales se rétractent. Quant au milieu, la lésion que vous faites est une porte d'entrée pour la diphthérie.

Reste maintenant à vous dire que je suis revenu à l'ancien système, parce qu'il m'est arrivé de manquer et de voir manquer des amygdales avec le nouveau. La première fois, ce fut à Sèvres, où j'avais été appelé pour un petit garçon. L'enfant se débattit tellement que je ne réussis qu'à lui piquer la langue et que je revins, comme j'étais parti, c'est-à-dire sans amygdales. Une autre fois j'ai enlevé avec le bistouri une amygdale qu'un de mes collègues venait de manquer avec l'amygdalotome.

Il y a donc avantage de se servir des pinces et du bistouri. La pince-érigne doit être rejetée, car elle donne lieu, en général, à une hémorrhagie qui empêche de distinguer le fond de la bouche, et il faut la remplacer par une autre pince dont les extrémités, ressemblant à une petite cuillère, vous permettent de serrer l'amygdale à votre gré. Cela fait, il vous est alors extrêmement facile d'enlever toutes les amygdales, les enchatonnées, c'est-à-dire celles qui sont recouvertes par le pilier antérieur du voile du palais, comme les bilobées, dont vous ne pourriez enlever avec l'amygdalotome que le petit lobe qui se présente à vos yeux, sous la forme d'une cerise, lorsque vous abaissez la langue, et dont vous extrairez, si vous vous servez du bistouri, non seulement le petit, mais encore le gros lobe que vous apercevez en continuant à déprimer la langue.

Passons maintenant au choix du bistouri. Je laisse le bistouri convexe et concave, très difficile à repasser, pour donner la préférence au bistouri droit de Blandin, qui n'offre pas le même inconvénient et qui a, de plus, l'avantage de se trouver partout.

Ceci dit, j'ajouterai que j'attache une grande importance à la façon de placer sa pince et son bistouri. En effet, lorsque, dans quelque temps d'ici, je ferai opérer mes internes, ils prendront l'amygdale comme avec une paire de pincettes, tandis qu'il faut la charger et la

serrer fortement, sans s'inquiéter du mucus qui s'en échappe. Quant à la pose du bistouri, elle nécessite avant d'y arriver, de s'exercer à être ambidextre. Supposons, par exemple, que nous voulions enlever l'amygdale droite. Pour y arriver, je commence par la charger en tenant ma pince de la main droite et je tire en dedans avec la main gauche. Cela fait, je cherche alors à la couper de la main droite, et, comme je n'y vois rien, je suis obligé de me servir de la main gauche. Il faut suivre l'amygdale avec le bistouri et la couper en sciant, en tordant la pince et, afin de ne pas entamer le voile du palais, ce qui ne serait pas un grand mal, les plaies de cet organe se guérissant très bien, il est nécessaire d'incliner son bistouri du côté de la ligne médiane. Pour l'amygdale du côté opposé, les règles sont absolument les mêmes et l'opération est plus simple, puisque vous devez tenir le bistouri de la main droite.

Vous voyez avec quelle facilité on enlève les amygdales; mais nous devons nous demander s'il faut les enlever en entier. Chassaignac, un de mes maîtres, ne le faisait pas, quoiqu'il en eût la prétention, car il aurait eu des accidents au nombre desquels l'hémorrhagie tient la première place. Chez les enfants, cet accident n'est pas à craindre et la perte s'arrête beaucoup mieux que chez l'adulte. Pour ce qui est de la présence de l'artère carotide interne, qui fait saillie chez les vieillards, il n'y a rien à craindre, puisqu'on ne pratique jamais cette opération chez les gens âgés. Le seul danger qui existe est dû à la présence d'un plexus veineux que vous éviterez facilement, si vous coupez en plein tissu.

L'opération ayant été bien faite, il faut engager les parents à ne pas laisser sortir les enfants. On ne peut pas toujours agir ainsi et, en particulier à l'hôpital, où l'on a à craindre, non seulement l'inflammation mais surtout le contact. J'ai observé deux cas de diphthérie survenus à la suite de l'opération. Le premier fut sur un enfant de la rue du Colisée. Je l'opérai à l'hôpital, un jeudi, avec trois ou quatre autres malades. Il retourna chez lui et je n'y pensai plus, quand on vint m'apprendre, le samedi, que l'enfant avait une angine couenneuse. La trachéotomie fut faite et il mourut deux ou trois jours après. Le deuxième cas, un peu différent, concerne un enfant riche, très anémique, demeurant boulevard des Invalides, et que je n'opérai que sur les instances de la famille. Le quatrième jour, une angine couenneuse s'étant déclarée, la trachéotomie fut faite trois jours plus tard et l'enfant ne tarda pas à subir le même sort que le précédent. Il ne faut pas, cependant, en conclure que la diphthérie ne serait pas venue si on n'avait pas fait l'amygdalotomie; mais je suis convaincu que j'ai ouvert une vaste porte à cette affection.

J'ai souvent été effrayé, bien à tort, il est vrai, de voir une surface grisâtre recouvrir l'ulcération, car ce n'est qu'un exsudat sanguin qui disparaît sous l'influence de quelques gargarismes émollients et qui ne ressemble en rien aux fausses membranes.

Revenons un peu à l'accident principal, l'hémorrhagie, et examinons comment nous ferons pour la vaincre. Au-dessous de dix ans, on n'en voit pas et il ne faut même pas tenir compte des prédispositions hémorrhagiques de certains sujets. Ce qui est vrai pour l'enfant ne l'est pas pour l'adulte et, passé quinze ans, l'opération devient très dangereuse. Je vous citerai, en particulier, ce médecin étranger

est mort entre les mains de Broca et, pour ma part, je vous dirai que j'ai failli perdre deux malades. Le premier accident fut enrayé par la compression et le second eut lieu chez le maître du restaurant des Ternes. Mandé par le médecin, je ne voulus pas, tout d'abord, opérer cet homme, et ce ne fut que sur ses instances réitérées que je me décidai à prendre la pince et le bistouri. Le malade retourna chez lui sans avoir perdu de sang et, une heure après, on revint chez moi me dire qu'il se mourait à bout de sang. Le malade se débattant violemment et la compression ne me donnant, par suite, aucun résultat, j'eus alors l'idée d'avoir recours à la méthode de Chassaignac et d'entourer son cou d'un véritable collier de glace. L'hémorrhagie s'arrêta et le malade mit sept semaines à se rétablir.

Pour en finir avec les suites de l'amygdalotomie, je vous conseille de ne jamais couper les amygdales à un chanteur, à un avocat, ou, en un mot, à une personne dont la voix est le gagne pain, car j'ai vu une opération de ce genre, pratiquée par un chirurgien, être suivie d'un changement dans la voix. Quant aux soins à donner aux opérés, ils sont bien simples. Il faut maintenir l'enfant à la chaleur et, par conséquent, l'empêcher de sortir. Il ne faut pas lui donner des croûtes de pain qui pourraient excorier la lésion, et recourir par suite aux choses molles. Vous conseillerez donc de faire prendre des soupes épaisses, des cervelles, des œufs et de la glace à la vanille qui, tout en étant un aliment agréable, est un excellent remède contre les hémorrhagies possibles.

Voilà, messieurs, tout ce que j'avais l'intention de vous dire aujourd'hui sur l'amygdalotomie et, d'après ces quelques mots, vous avez pu remarquer que, laissant de côté les amygdalotomes, je ne me sers que de la pince et du bistouri.—*Praticien.*

Terreurs nocturnes chez les enfants.—M. le Dr Moizard, dans un article de la *Revue des maladies de l'enfance*, insiste sur différents caractères de ces accidents assez fréquents chez les enfants, et sur leur étiologie en particulier. Un enfant de trois à six ans, dit-il, s'est paisiblement endormi sans qu'on n'ait rien remarqué d'anormal dans son état. Brusquement, deux ou trois heures après, il s'agite, s'assied sur son lit les yeux largement ouverts, comme rivés sur une apparition terrifiante qu'il cherche à repousser. Tout en lui exprime l'effroi : ses traits sont bouleversés, il pousse des cris plaintifs, prononce des paroles incohérentes au milieu desquelles on peut saisir quelques mots qui laissent deviner la nature de l'hallucination de la vue qui cause sa frayeur : c'est un animal monstrueux, des voleurs, etc... Il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent et qui sont accourues à ses cris ; il se jette cependant dans leurs bras comme pour y chercher un refuge contre le danger qui le menace. Puis brusquement, après cinq minutes, une demi-heure ou même une heure d'agitation et d'effroi, le calme reparaît, l'enfant se rendort d'un sommeil tranquille, et le lendemain, à son réveil, il est frais et dispos, conservant rarement le souvenir de la scène terrifiante de la nuit.

Tels sont les phénomènes principaux qui caractérisent les terreurs nocturnes ; quelques traits complètent cette description. Pendant la crise, l'enfant semble avoir perdu toute connaissance ; il appelle sa mère, mais ne reconnaît pas sa voix. On n'a jamais observé de con-

vulsions pendant ou après la crise, et c'est là un point important au point de vue du diagnostic.

Il n'y a ordinairement qu'un accès par nuit, mais le plus souvent la crise se produit pendant plusieurs nuits de suite, et les périodes d'accès peuvent durer pendant un mois, six semaines. Chez un malade observé par M. Moizard, les crises avaient lieu pendant six semaines, tous les soirs, à dix heures, et avec une régularité telle, qu'ayant tenu à assister à plusieurs d'entre elles, il pouvait arriver chez ses parents quelques minutes avant le début. Après six semaines, les crises cessèrent pendant un mois, pour reparaître régulièrement tous les soirs pendant quinze jours, et ensuite, de temps en temps seulement, quand les troubles digestifs qui en étaient nettement la cause venaient à se reproduire.

Dans l'intervalle des accès, l'état de l'enfant ne présente ordinairement rien d'anormal ; mais les petits malades sont généralement excitables, et après la cessation des crises de terreur, on observe quelquefois chez eux d'autres troubles nerveux, le somnambulisme, par exemple.

Parmi les causes prédisposantes à ces accidents, il faut signaler l'état nerveux et impressionable des enfants et la détestable habitude des contes effrayants dont on se plait à farcir leur imagination, la vue de scènes violentes, etc. Mais ces causes ne suffisent pas, le plus souvent, et Debacker, qui a fait un excellent travail sur ce sujet, admet deux ordres de causes différentes, fort importantes à établir au point de vue du pronostic et du traitement : celles qui agissent sur le cerveau d'une façon indirecte, l'impressionnant par action réflexe, sans doute en déterminant des troubles passagers de la circulation, et celles qui frappent directement l'encéphale et sont en rapport avec une lésion permanente.

Dans la première catégorie se placent les troubles digestifs qui, surtout chez l'enfant, sont aptes à produire des phénomènes nerveux d'apparence si grave, convulsions, aphasie, hémiplégie passagère, etc. Une alimentation trop abondante, l'abus de boissons alcooliques, peuvent déterminer ces accidents, qu'une dyspepsie consécutive fait persister. Il faut dire enfin que chez certains enfants, on observe des idiosyncrasies bien singulières : un aliment quelconque, très sain, de digestion facile, ne pourra être ingéré sans qu'il en résulte une crise de terreur.

La constipation, les vers intestinaux, les oxyures surtout, certains médicaments, la belladone, le datura, et quelquefois le sulfate de quinine, d'après l'observation de M. J. Simon, peuvent en être aussi la cause. Bien que la période grave de la dentition soit ordinairement passée en ce moment, cette influence peut être aussi invoquée. Enfin, on a signalé encore les irritations prolongées de la peau (gale, prurigo).

Dans la deuxième catégorie de causes, rentrent la méningite tuberculeuse, la sclérose cérébrale, dont les terreurs peuvent être un signe avant-coureur ; elles peuvent être aussi une manifestation symptomatique de l'épilepsie et de l'hystérie.

On conçoit que le pronostic, comme le traitement de cette affection, dépendent absolument de sa cause, qu'il faut toujours chercher à pénétrer. L'influence prépondérante des troubles de la digestion indique la nécessité d'une sévère hygiène alimentaire ; l'hygiène intellectuelle n'est pas moins importante, et on doit éviter tout excès de travail. Enfin, comme il s'agit ordinairement d'enfants de complexion déli-

un exercice régulier, un régime reconstituant et tonique sont nécessaires. Quant à la crise même, le bromure de potassium et le chloral paraissent être les meilleurs remèdes à lui opposer. Il faut se rappeler que les attaques survenant presque toujours dans la première moitié de la nuit, c'est les prévenir d'une façon presque certaine que d'assurer le sommeil pendant les deux ou trois premières heures.—*Abeille médicale.*

L'alimentation des enfants.—La livraison de septembre des *Archives of Pædiatrics* contient un article très intéressant du Dr Bigelow, de Washington, sur la question de la digestion chez les enfants. L'auteur rappelle d'abord le fait bien établi, que la croissance de l'enfant est subordonnée à l'assimilation, celle-ci l'étant à son tour à l'intégrité des fonctions digestives. Chez l'enfant, le système digestif n'est pas complet tout d'abord. Durant les sept premiers mois, le petit être ne peut guère digérer les aliments hydrocarbonés, vu l'absence de ptyaline et des sucs pancréatique et biliaire dans le canal alimentaire, vu également le fait que l'enfant n'a pas besoin de s'assimiler ces aliments qui sont surtout destinés à la nutrition des muscles : or, on sait que chez l'enfant, les efforts musculaires se réduisent à peu de chose. Vers le huitième mois seulement, avec l'apparition des premières dents, l'enfant se trouve en état de pouvoir digérer et par conséquent s'assimiler les substances amylacées. Jusqu'alors le lait maternel a constitué sa nourriture la plus naturelle. Mais si, pour une cause ou pour une autre, l'enfant est, dès sa naissance, privé du lait de sa mère, il faut remplacer celui-ci par quelqu'autre substance qui en représente aussi exactement que possible les propriétés et qui puisse être digéré aussi facilement.

L'auteur recommande comme tel le *Mellin's Food* qui est, suivant lui, un parfait succédané du lait de femme, renfermant les substances albuminoïdes (caséine) et hydrocarbonées (sucre de lait) nécessaires à la nutrition du premier âge, et cela dans les proportions et avec la réaction alcaline voulues. M. Bigelow rapporte trois cas d'enfants arrivés au dernier degré du marasme et de l'épuisement par suite d'une alimentation vicieuse et mal conduite, et chez lesquels le *Mellin's Food* a, par ses qualités eupeptiques autant que nutritives, restauré les fonctions digestives et assuré une parfaite assimilation.

Amygdalite.—Dans les cas d'amygdalite catarrhale, herpétique ou diphtheritique, le professeur PEPPER, de Philadelphie, emploie le traitement suivant : Repos absolu, quinine à hautes doses, teinture d'aconit à dose d'une goutte fréquemment répétée, diète liquide. Localement, application de teinture de muriate de fer.

Gonorrhée.—D'après KEYES (*Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*), le traitement de la gonorrhée par le bichlorure de mercure, même en solution étendue, a pour effet d'augmenter le mal au lieu de le guérir, tandis que le traitement par l'eau chaude est tout-à-fait incertain.

FORMULAIRE.

Diarrhée irritative.—*Dr Mecray.*

℞.—Ol. ricini.... ℥iv
Tr. opii.... gtt iv
Pulv. acaciæ.... } ãã
Sacchari albi.... } q.s.
Aq. menth. pip. ad.... ℥ii

M.—*Dose :* Une cuillerée à dessert toutes les trois heures.—*N.-Y. Med. Journal.*

Céphalalgie nerveuse.—*Dr A. L. Hodgdon.*

℞.—Spt. vini dilut.... ℥iv
Ol. cinnam.... m iv
Pot. bromid.... ʒv
Extr. hyoscyam. fld.... ʒiss

M.—*Dose :* De une à deux cuillerées à thé, au besoin.—*Maryland Med. Journal.*

Insomnie.

℞.—Paraldéhyde.... ʒi
Sirop d'orange.... } ãã
Eau.... } ℥i

M.—A prendre en une seule dose, au coucher.—*Louisville Med. News.*

Néphrite chronique.—*Neumann.*

℞.—Nitro-glycérine.... 1 partie
Alcool rectifié.... 10 parties
Eau distillée.... 40 "

M.—*Dose :* 8 gouttes par jour en trois fois. Si le médicament est bien supporté, on va jusqu'à douze gouttes.—*Revue médicale.*

Cystite.—*Jefferson Medical College Hospital.*

1° ℞.—Pulv. opii.... gr xii
Pulv. camphoræ.... gr xxx
Extr. belladon.... gr iii
Cacao.... q. s

M.—Faites six suppositoires.—*Dose :* Un tous les soirs au coucher.

2° ℞.—Balsam. copaibæ.... ʒiv
Acid. benzoic.... ℈iv
Gummi acaciæ.... } ãã
Sacchari.... } ʒii
Ol. gaultheriæ.... gtt xx
Aq. camphoræ, ... q. s. ad ℥viii

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les quatre heures.

Prurit génital.—*Chéron.*

℞.—Chlorate de potasse..... 12 parties
Laudanum..... 10 —
Eau de goudron..... 300 —

M.—Deux ou trois cuillerées pour un litre d'eau tiède, pour injections qu'on répètera matin et soir, et qu'on prolongera 5 minutes environ chaque fois, dans le cas de prurit rebelle des organes génitaux occasionné par les écoulements vaginaux fétides.—*Union médicale.*

Anémie.—*Pensylvania Hospital.*

℞.—Magnesiæ sulph ..... ℥vi
Acid. sulph. dil..... ʒii
Ferri sulph..... gr xii
Quiniæ sulph..... gr xii
Syrup. zingib..... ℥i
Aquæ ad..... ℥vi

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe, dans de l'eau glacée, trois fois par jour.

Adénite cervicale.—*Chéron.*

℞.—Ether sulfurique..... ℥i ʒii
Bichlorure de mercure..... gr ix

M.—Après les onctions résolutives ou les badigeonnages fondants, il faudra recouvrir l'adénite d'une flanelle ou de coton.—*Revue de thér. méd. chir.*

Coliques hépatiques.—*Blondeau.*

℞.—Extr. hyoscyami..... } ãã
Extr. nucis vomicæ..... } gr ½
Podophyllinæ..... }
Saponis..... gr i

M.—Faites une pilule à prendre de 1 à 3 fois par jour.—*Lyon médical.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—*Dr J. R. Forrest.*

℞.—Zinci sulph ..... gr iv
Tinct. belladon..... ʒi
Aquæ..... ℥i

M.—Faites une lotion. Appliquer sur toute la surface du corps au moyen d'une éponge.—*Med. and Surg. Reporter.*

Dysménorrhée névralgique.—*Parvin.*

℞.—Tr. opii..... }
Tr. valerian..... } ãã
Spt. æth. co..... } ʒii
Tr. castorei..... }

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé toutes les heures.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1884.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

Réunion semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.

L'assemblée semi annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu à l'Université Laval, à Québec, mercredi, le 24 septembre dernier, sous la présidence du Dr C. E. Lemieux. Etaient présents : MM. les Drs J. J. Ross et W. H. Hingston, vice-présidents, A. G. Belleau et F. W. Campbell, Secrétaires, L. LaRue, Régistrateur et E. P. Lachapelle, Trésorier ; l'hon. T. Robitaille, lieutenant-gouverneur, et les Drs D. A. Hart R. A. Kennedy, Geo. Ross, T. A. Rodger, Thos. LaRue, N. H. Ladouceur, Fréd. Paré, Chas. Gingras, R. P. Howard, J. L. Leprohon, W. Marsden, L. D. Lafontaine, P. E. Mignault, Jos. Lanctôt, Malcolm Guay, L. B. Durocher, Jules Prévost, Côme Rinfret, A. Lamarche, P. E. Grandbois, Alf. Jackson, Jos. Marmette, C. S. Parke, E. A. de St George, H. Russell, A. F. Dame, L. T. E. Rousseau et George Ross.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la séance précédente, le Dr. Lemieux annonça que depuis la dernière réunion la profession médicale avait perdu un de ses anciens membres en la personne du Dr J. E. Landry dont il fit l'éloge. Il fut alors proposé par le Dr M. Guay, secondé par le Dr A. G. Belleau, et résolu unanimement—Que le Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec a appris avec un profond regret la mort du Dr Jean Etienne Landry, ancien secrétaire et ancien président du Bureau médical, et pendant plusieurs

années membre du Collége des Médecins et Chirurgiens de cette province, et que copie de cette résolution soit transmise à la famille du regretté défunt.

Les rapports des assesseurs de l'Université Laval (Québec et Montréal), et de l'Université McGill, ainsi que le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine furent lus et adoptés. Sur 34 aspirants à l'étude, 19 ont été admis. Voici leurs noms, d'après l'ordre des points conservés:

A. E. Orr, Js. R. Clousten, Théotime Couture, Howard D. Kemp, F X. Feuiltault, Adrien Gravel, Raymond Benoit, Arthur Lavoie, H. J. Hopkins, J. E. Laberge, Horace Chartier. J. E. Poliquin, John P. Mount, Egide Gingras, J. G. Aubry, Michel Lefebvre, Sosthène Lefrançois, Alex. D. Stuart, Horace Thériault.

Ensuite a été lu le rapport du trésorier, le Dr. E. P. Lachapelle, rapport détaillé depuis le 1er juillet 1883 jusqu'au 15 septembre 1884. D'après ce rapport, le chiffre des recettes a été de $5,322,02. Toutes dépenses payées, il reste en caisse une balance de $1,579.07.

Le Dr Lachapelle ayant donné certaines explications et suggéré divers moyens de réduire les dépenses du Collége, il fut résolu, sur proposition des Drs Hingston et Lachapelle—Qu'un comité soit nommé pour examiner l'état financier du Collége, en détail, depuis un an, et comparatif depuis cinq ans, et faire les suggestions nécessaires pour améliorer sa situation. Que ce comité soit composé des docteurs Lachapelle, Leprohon, Durocher, Geo. Ross et Kennedy. Que le rapport du comité soit imprimé et distribué aux membres du bureau ,au moins quinze jours avant la prochaine réunion. Puis le rapport du trésorier fut adopté unanimement.

Lecture fut ensuite faite du rapport de M. de Lamirande, agent détective du Collége. M. de Lamirande a intenté des actions contre Pierre Dion, de St Césaire, Gabriel Courchène (2 actions), de la Baie du Febvre, Théodore T. Witcher (2 actions), de Beebe Plain, Stanstead, F. X. Destrempes, de St Cuthbert, Eugène Ratelle, de Montréal, Wm. McDermott, de Weedon, tous rebouteurs et pratiquant illégalement la médecine. Ces causes sont toutes pendantes devant les tribunaux.

A la séance de l'après-midi, le comité dit des créances a été nommé. Il se compose des Drs Kennedy, Belleau, E. P. Lachapelle et Larue.

Le Dr Howard a soumis le rapport du comité nommé pour prendre en considération les accusations portées par le Dr Lachapelle contre l'Université Victoria. Ce rapport conclut comme suit:

" Attendu que le Dr Lachapelle, examiné aujourd'hui comme témoin, refuse au comité les informations nécessaires pour l'aider dans ses investigations; attendu que tous les professeurs de l'Ecole que l'on peut considérer impliqués dans le *Star* du 10 avril dernier, ont nié formellement avoir fourni des questions aux élèves, soit directement soit indirectement; il est déclaré que le Dr Lachapelle a refusé au comité les informations nécessaires pour l'aider dans ses investigations, et qu'il n'y a pas lieu de procéder davantage sur les accusations portées par le Dr Lachapelle."

Les Drs Lanctôt et Durocher ayant proposé l'adoption du rapport, le Dr Lachapelle a fourni quelques explications au sujet de la position qu'il a cru devoir prendre devant le comité d'enquête et donné lecture de la déclaration faite par lui devant ce comité, déclaration par laquelle

il dit ne pouvoir faire sa preuve en cette affaire que devant un comité d'enquête ayant pouvoir d'assigner tous les témoins nécessaires et les examiner sous serment.

Il a été alors proposé en amendement à la motion principale, par les docteurs Marsden et Lamarche, que la considération du rapport soit ajournée à la prochaine réunion.

L'amendement ayant été adopté par 22 voix contre 11, la motion principale fut rejetée sur la même division.

Les docteurs L. Larue et Belleau ont ensuite donné, pour la prochaine réunion, l'avis de motion suivant:

" Que demande soit faite à la prochaine réunion de la législature de Québec, d'amender la 3e clause du 4e chapitre des Statuts et règlements du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, et que les mots "sans examen" soient remplacés par les suivants : " après examen, lequel examen devra se faire sur les matières suivantes : pathologie interne et externe, anatomie descriptive, physiologie, tocologie et matière médicale."

Les docteurs Marsden et Howard ont aussi donné avis qu'ils proposeront à la prochaine réunion que les statuts soient amendés en ce qui concerne l'octroi de licences aux porteurs de diplômes, pendant la vacance, c'est-à-dire entre les sessions du Collége.

Les messieurs dont les noms suivent, porteurs de diplômes universitaires, ont été assermentés et ont reçu la licence du Collége.

Université Laval, Québec — Patrick Coote, Québec, Marie Rosaire George Matte, Québec, Elzéar Pelletier, Rivière du Loup (en bas) Eugène Larue, Québec, Etienne Gosselin, Québec, Joseph Arthur Mallette, St. Agnès, lac Mégantic, Alfred Morin, St. Paul de Chester, Fréderic Stanislas Caron, Québec.

Université Laval, Montréal.—Ernest Duval, St. Jean Port Joli, Chas. Narcisse Valin, St. Hilaire, M. T. Brennan, Montréal.

Université Victoria. — Odilon Berthiaume, St. Simon de Bagot, Fréd. H. Daignault, St. Joachim de Shefford, Wilbrod Fournier, St. François Rivière du Sud, Hector Leduc, Ste. Monique de Nicolet, Jean Oscar Albert Beaupré, Malone, New-York, Hormisdas Gauthier, St. Eustache, Roderic Mignault, Acton Vale, Alfred Richard, St. Paschal de Kamouraska, Hector Brosseau, l'Acadie, comté de St. Jean.

Université McGill. — J. O. Stuart, Andrew Stuart, C T. Cameron.

Université d'Edimbourg. — James Alex. Hutchison, Benjamin Franken, W. Hurdman.

Sur proposition des docteurs Howard et Lachapelle, des remerciments ont été votés à l'Université Laval, pour l'usage gratuit de ses salles, et à la Compagnie de Richelieu et Ontario, pour une réduction des prix de passage,—et l'assemblée s'ajourna.

***

Il est à regretter que le Bureau des Gouverneurs n'ait pas eu le temps d'examiner à nouveau et de discuter, cette fois, la question d'un " Bureau central d'examens." Nous espérons qu'à la réunion du mois de mai prochain, on fera autre chose que présenter un simple avis de motion. La question est assez importante pour qu'on s'en occupe un peu sérieusement.

On nous dit que certains confrères sont opposés à la création d'un

Bureau central pour la raison que, en dehors des professeurs de nos universités, il serait, suivant eux, impossible de trouver un nombre suffisant de médecins compétents pour composer un Bureau d'examinateurs.

Ponr notre part, nous avons meilleure opinion que cela de la profession médicale de notre province, et nous croyons qu'il ne serait pas nécessaire de chercher bien longtemps pour trouver des sujets très compétents, même parmi nos confrères de la campagne. Le progrès scientifique et la science médicale ne sont pas l'apanage exclusif d'un certain nombre, comme on semble le croire quelque part, et il se pourrait qu'on en eût la preuve avant longtemps.

La viande tuberculeuse.

Nous lisons dans le *Journal d'Hygiène populaire*: "Nous ne voulons pas discuter la valeur des propositions de M. Bouley concernant la viande tuberculeuse, mais nous aimons à faire connaître à nos lecteurs que ces propositions n'ont pas été adoptées, comme le prétendent nos estimés confrères de l'*Union médicale*, par le Congrès international d'Hygiène de Bruxelles, réuni en septembre 1883."

Il est possible que les propositions de M. Bouley n'aient pas été adoptées par le Congrès international d'Hygiène de Bruxelles. Nous n'avons jamais prétendu le contraire, comme le confrère peut s'en convaincre en relisant notre article. Nous avons seulement dit que la conclusion de M. Bouley avait été adoptée par le Congrès de *médecine vétérinaire* réuni aussi lui à Bruxelles en septembre 1883, conclusion dont nous avons donné le texte à nos lecteurs dans notre livraison d'août (page 377).

Si, après cela, le confrère persiste à nous croire dans l'erreur, nous lui dirons que ces renseignements nous ont été fournis par le *Scalpel*, de Liège, livraison du 20 avril 1884.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual Catalogue of the Louisville Medical College.—Session de 1884-85.

Fifth annual Report of the state Board of Health of Illinois.—1883.

Gun-shot wounds of the small intestines, by Chs. T. Parkes, M.D.—Chicago, 1884.

Public Health Laws of Illinois and Sanitary Memoranda.—Springfield, Ill.—1884.

Chisholm (Julian J.) M. D.,—*Removal of a piece of iron from the vitreous chamber by means of the magnetic needle.*—Baltimore 1884.

Hubbard's *Newspaper and Bank Directory of the World.*—Vol. III comprenant le catalogue revu et corrigé des 15,834 publications périodiques publiées aujourd'hui aux Etats-Unis et dans l'Amérique Britannique. C'est le catalogue à la fois le plus complet et le plus authentique des publications américaines. On y trouve aussi une nomencla-

ture de tous les principaux journaux du globe et une masse de faits et renseignements se rattachant directement à la presse et à la publicité. Ce 3me volume complète le *Newspaper and Bank Directory* et en f i une œuvre unique en son genre.

LEONARD (C. Henri A. M., M. D.—*Auscultation, Percussion and Urinalysis—An Epitome of the physical signs of the Heart, Lung, Liver, Kidney and Spleen in health and disease.* Par C. Henri Leonard, A. M., M. D., Professeur de maladies des femmes et de clinique gynécologique au *Michigan College of Medicine.* Petit manuel de 166 pages, orné de nombreuses gravures. Prix $1.00—Publié par *The Illustrated Medical Journal Co.*, Détroit Michigan.

L'auscultation, la percussion et l'analyse des urines sont les trois moyens les plus précieux et souvent indispensables dans le diagnostic de la plupart des maladies. L'auteur en exposant la manière de se servir avec fruit de ces moyens et en classifiant leur application a su condenser dans un petit manuel un nombre considérable des faits les plus pratiques dont le praticien ressent chaque jour le besoin.

NOUVELLES MEDICALES.

On dit que Mr. le Dr. J. A. Leblanc a été nommé professeur d'Anatomie pratique à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal (Faculté de médecine de l'Université Victoria).—M. le Dr L. A. Demers est chargé par *interim* du cours de Pathologie interne.

M. Edouard Charton, membre du sénat français, veut remplacer la guillotine par l'empoisonnement judiciaire pour les condamnés à mort. On pourrait au moins laisser ceux-ci choisir le mode d'exécution qui leur irait le mieux.

Académique.—L'ouverture des cours de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, a eu lieu le 1er octobre. La messe du St-Esprit a été dite à Notre-Dame de Lourdes par M. le Graud Vicaire Maréchal, en l'absence de S. G. Mgr l'évêque de Montréal. Tout le corps universitaire y assistait, en costume. Durant le premier terme, les cours se donneront dans l'ordre indiqué dans notre livraison de septembre, sauf pour le cours d'ophthalmologie qui se donne trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

Le même jour à trois 3 hrs P. M., a eu lieu l'ouverture des cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université du Collége Victoria (Cobourg, Ont.). C'est M. le Dr A. H. Paquet qui a fait le discours de circonstance.

Le choléra.—En France, l'épidémie continue à diminuer d'intensité. Du 11 au 19 septembre il n'y a eu que 15 décès à Marseille et 19 à Toulon. La maladie était également en décroissance dans les autres départements infectés. Cependant, on a signalé quatre cas à Paris.

L'Italie, par contre, est passablement maltraitée par l'épidémie. Du 10 au 17 septembre, on constatait, à Naples, 4,395 cas dont 2,526 mortels.

En Espagne, les décès sont nombreux, et de nouvelles localités ont été envahies.

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr RATHERY, médecin de l'hôpital Tenon ; M. l'abbé MOIGNO, l'illustre et savant auteur des *Splendeurs de la Foi*, fondateur et rédacteur en chef du *Cosmos;* le Dr BURQ, bien connu par ses travaux sur la métallothérapie.—A Londres, Erasmus WILSON, M. D., F. R. S., un des plus distingués dermatologistes de notre temps, et auteur du traité d'anatomie qui porte son nom —A Leipsick, M. le professeur COHNHEIM.—A Philadelphie, le Dr J. J. WOODWARD, chirurgien de l'armée des Etats-Unis.

Congrès international de médecine.—C'est à Copenhague que s'est réuni cette année le Congrès international de médecine. La réception des médecins danois a été des plus brillantes et des plus sympathiques. Le roi de Danemark ainsi que le roi et la reine de Grèce assistaient à la séance d'ouverture. Ont pris part à cette séance : M. le professeur PANUM, président du Congrès, sir J. Paget, M. Pasteur et M. Virchow. Le *français* a été la langue officielle des délibérations. Le Congrès a duré trois jours et s'est terminé par un grand banquet durant lequel force discours ont été prononcés.

Sur l'invitation des médecins américains, le prochain Congrès se tiendra (en 1887) à Washington.

Association médicale canadienne.—A la dernière séance de cette Association, tenue le 27 août, les officiers suivants ont été élus pour l'année courante : Président, Dr Osler, Montréal ; Secrétaire général, Dr James Stewart, Montréal ; Vice-Présidents, pour Ontario, Dr Bray, Chatham ; pour Québec, Dr Geo. Ross, Montréal ; pour le Nouveau-Brunswick, Dr Allison, St-Jean ; pour la Nouvelle-Ecosse, Dr Fraser, Windsor ; pour Manitoba, Dr Whiteford, Winnipeg ; Secrétaires locaux, pour Ontario, Dr Burt, Paris ; pour Québec, Dr J. Bell, Montréal ; pour le Nouveau-Brunswick, Dr Walker, St-Jean ; pour la Nouvelle-Ecosse, Dr Almon, jr., Halifax ; pour Manitoba, Dr Newburn, Winnipeg.

L'an prochain, l'Asssociation se réunira à Winnipeg, le troisième mardi d'août.

NAISSANCES.

ROULEAU.—A St-Célestin, le 10 septembre, la dame du Dr H. P. Rouleau, une fille.

LANCTÔT.—A St-Henri de Montréal, le 16 septembre, la dame du Dr J. Lanctôt, une fille.

DÉCÈS.

BETTEZ.—A Plessisville de Somerset, le 18 août, est décédée subitement, à l'âge de 66 ans, Dame Julie Mailhot, épouse du Dr Joseph Bettez.

PRIMEAU.—A Beauharnois, le 31 août, à l'âge de 11 mois et 20 jours, Marie-Rose-Clémentine-Noémie, unique enfant du Dr A. R. Primeau. Nous offrons à notre ami, si cruellement éprouvé, l'expression de notre plus vive sympathie.

DIONNE.—A Québec, le 1er septembre, à l'âge de trois mois et demi, Joseph-Léon-Arthur-Antonio, enfant du Dr N. E. Dionne.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, le 3 septembre, Ernest-Philippe-Eugène, âgé de 3 ans et dix jours, fils de Norbert Prévost, M.D.

PRÉVOST.—A St-Isidore, comté de Laprairie, le 8 septembre courant. Marie-Agnès-Elyane, âgée de dix-huit mois et demi, fille de Norbert Prévost, M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude de la Trichophytie ;

par Arthur DeBlois, M.D.L. (1)

S'il est une partie importante à connaître dans l'étude des maladies de la peau, c'est assurément celle qui traite des *Dermatophytes* ou *Dermatomycoses*, c'est-à-dir edes affections causées par les parasites végétaux. Généralement comprises sous le nom générique de "Teignes," ces maladies, dont la connaissance est, sinon parfaite, du moins beaucoup plus concluante que celle que l'on a sur les affections non parasitaires, sont toutes contagieuses, quoiqu'à un degré différent. Elles sont remarquables encore par leur développement sous tous les climats, et de plus en ce qu'elles sont toutes locales, n'ayant jamais de retentissement sur l'économie.

Ce groupe naturel d'affections, qui ont pour cause commune l'action, sur la peau, d'organismes parasitaires, a été parfaitement étudiée par M. Balzer, médecin à l'hôpital St-Louis (*Archiv. de méd.*, 1881).

On réunit sous le nom de teignes: 1° le favus ou teigne faveuse, à la germination du parasite *Achorion Schönleinii* ; 2° la trichophytie, produite par le *Trichophyton tonsurans* ; 3° le pityriasis versicolore, effet du *Microsporon furfur*.

Nous allons pour le présent traiter la trichophytie, partie de beaucoup la plus pratique et la plus intéressante dans l'histoire des teignes, ayant eu le soin de recueillir avec autant de précision que possible les connaissances les plus actuelles sur l'affection en question. Plus tard, enhardi peut-être par la bienveillance que nous aura accordé le lecteur en considération de notre modique travail, nous oserons attaquer les deux affections connues sous le nom de favus et de pityriasis versicolore.

DE LA TRICHOPHYTIE.

Le champignon de Malmstein et de Gruby, le *trichophyton tonsurans*, détermine sur la peau trois formes cliniques d'une même maladie. Les altérations qu'il produit sont variables, selon qu'elles sont considérées, soit aux cheveux où le parasite donne lieu à la trichophytie du cuir chevelu, soit aux parties glabres où il détermine la trichophytie cutanée ou circinée, soit enfin dans les poils et les follicules pileux où il constitue le sycosis parasitaire ou trichophytie de la barbe. Quoiqu'ayant comme cause commune la présence du *trichophyton*, ces trois modalités cliniques ne se traduisent pas par les mêmes symptômes dans les différentes régions où elles s'établissent, aussi leur traitement diffère-t-il.

Aperçu historique.—Les affections contagieuses du cuir chevelu et des régions pileuses, dont la connaissance importe autant au pathologiste qu'au médecin praticien, n'ont été sérieusement étudiées qu'au commencement de ce siècle.

Alibert, en 1806, décrit sous le nom de dermatoses teigneuses la totalité des affections du cuir chevelu, et Mahon, dans un traité intitulé: "Recherches sur la nature et le traitement des teignes," nous donne une assez bonne description de ces diverses affections.

(1) M. le Dr DeBlois est actuellement à Paris où il suit les cliniques de l'Hôpital St-Louis.

A l'étranger, Bateman et Biett, rejetant la dénomination jusqu'alors employée, n'admettent que deux variétés de teignes, qu'ils comprennent sous le nom de *Porrigo* : 1° *Porrigo favosa*, 2° *Porrigo scutulata*.

Cette opinion fut partagée un peu plus tard par Cazenave, en 1850. Malheureusement, dans son traité sur ces maladies, ce dermatologiste refuse complètement de croire au rôle actif et essentiel du parasite végétal dans sa production. Sa division repose sur le caractère éruptif : 1° Eruptions non contagieuses comprenant : les achores, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis et le pityriasis ; 2° Eruptions contagieuses : herpes tonsurans (teigne tondante), et favus. Malgré qu'il n'eut pas vu le parasite, ce savant médecin fut néanmoins le premier qui constata la présence de vésicules herpétiques dans le processus.

Depuis le commencement de cet exposé historique, nous voyons que la diffusion la plus complète règne dans tous les traités écrits à ce sujet ; les affections parasitaires marchent de pair avec les affections à processus tout à fait différent. Cette diffusion est facile à comprendre en songeant que la base de toute division n'a reposé que sur les symptômes de l'affection et non sur la cause réelle : le parasite.

La découverte du champignon, fait vraiment mémorable dans l'histoire de la dermatologie, nous a été signalée par Gruby, en 1844, et Malmstein, en 1845. Mais à Bazin, de l'école de St-Louis, revient l'honneur de nous avoir éclairés sur la nature des maladies parasitaires. Son livre ayant nom : "Recherches sur la nature et le traitement des teignes," fut l'occasion d'une véritable révolution dans la dermatologie. Il y mentionna, le premier, les altérations de la barbe, le *sycosis*, produites par le parasite. Hebra et Kaposi, de l'école de Vienne, par leurs travaux remarquables, contribuent beaucoup à faire connaître la maladie ; toutefois leur classification, sous le nom d'herpès, est à la fois une erreur de fait et de confusion indéfinie.

La lumière ne fit que grandir, grâce aux recherches incessantes que l'on faisait dans tous les pays. Tilbury Fox, Sir Erasmus Wilson, en Angleterre, Duhring et Bulkley, en Amérique, publièrent des ouvrages où nous pouvons recueillir les renseignements cliniques les plus précis.

M. Hardy, professant maintenant à l'hôpital de la Charité où il occupe la chaire de médecine, a bien heureusement réuni, sous la dénomination générale de trichophytie, les affections fort différentes d'aspect ayant toutefois la même étiologie, la présence du *trichophyton*.

L'école de St-Louis a adopté la division de son savant maître, rejetant le nom d'herpès, donné par Hébra et Kaposi, comme impropre, les vésicules n'étant qu'accidentelles et symptomatiques d'une dermite non constante.

Voici la division de M. le professeur Hardy. La trichophytie comprenant :

1° Trichophytie du cuir chevelu ou teigne tonsurante.
2° Trichophytie cutanée ou circinée.
3° Trichophytie de la barbe ou sycosis parasitaire.

TRICHOPHYTIE DU CUIR CHEVELU—(teigne tondante, tonsurante).

C'est l'altération que produit le *trichophyton* dans le cuir chevelu. Elle est caractérisée par la formation de plaques plus ou moins arrondies, de grandeur variable, squameuses, déterminant une calvitie plus ou moins complète. L'altération est surtout visible dans la substance

même des cheveux qui deviennent ternes, irrégulièrement cassés et brisés au ras de la peau. (1) Cette affection est prurigineuse.

D'après M. Laillier, médecin en chef du service des teigneux à l'hopital St-Louis, la trichophytie du cuir chevelu serait à Paris la plus fréquente et la plus rebelle des teignes. " C'est une maladie de l'enfance, dit-il, ne s'observant jamais chez l'adulte; elle est une véritable calamité pour les écoles d'où elle est à chaque jour importée dans les familles. Contagieuse au premier chef, elle se transmet ordinairement par l'intermédiaire des coiffures, des peignes, brosses, etc." Le riche et le pauvre sont également affectés, mais les enfants mal nourris, chétifs ou malades sont pour elle des sujets de prédilection. Quoique sévissant principalement dans la ville ou les grands centres, il est plus que probable que la trichophytie nous est d'importation rurale; comme toute affection parasitaire, elle doit se transmettre à l'homme par les animaux.

La trichophytie du cuir chevelu est donc une maladie de ville, tandis qu'au contraire le favus n'habite que la campagne.

Les plaques de trichophytie circinée, qu'elles soient érythémateuses ou herpétiques—peu importe le degré variable de la réaction produite sur la peau par le champignon—sont fort bien une des causes assez fréquentes du développement d'une teigne tondante. Le fait, relaté par M. Laillier, d'une mère, porteuse d'une plaque trichophytique, ayant inoculé la teigne à son nourrisson ne le démontre que trop évidemment.

Enfin, la teigne tondante est plus commune chez les garçons que chez les filles. Les habitudes des premiers seraient l'explication naturelle de cette diversité.

Duhring et Tilbury Fox, sans vouloir atténuer la puissance de la contagiosité de la teigne, sont d'opinion qu'il faut quelque chose de plus que le contact pour la réceptivité du parasite.

Symptômes.—Le premier phénomène par lequel s'annonce une teigne tondante, est la démangeaison, phénomène subjectif sur lequel insiste avec raison Bazin. Il ne faudrait pas croire, toutefois, que ce symptôme subjectif soit constant. Beaucoup d'enfants ne s'en plaignent pas. Ce qui nous frappe surtout, c'est cette apparence pityriasique, crasseuse que présentent certaines touffes de cheveux ; c'est là le fait d'une production épidermique exagérée en ces endroits. " Sur les plaques, dit M. Laillier, on voit que les cheveux sont mêlés, enchevêtrés comme des buissons, ils se présentent en broussailles." Les plaques du cuir chevelu deviennent érythémateuses et se recouvrent assez souvent à la périphérie, de vésicules et de pustules de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces vésicules ou pustules ont une durée éphémère, et en se desséchant elles se terminent par une desquamation d'aspect furfuracé.

En suivant jour par jour, s'il est possible, les mutations que va présenter la plaque, nous verrons bientôt les cheveux malades devenir plus gris que les cheveux sains. Ils sont littéralement farcis par les spores et les tubes du parasite qui, par son infiltration, a dissocié, par écartement, les fibres de ces cheveux. Ces cheveux qui ont perdu leur brillant normal deviennent ternes et très cassants. Leur friabi-

(1) Duhring. Traité des maladies de la peau.

lité est telle qu'ils se cassent au moindre frottement. Cette cassure se fait inégalement et leur donne l'aspect de barbe mal rasée ou de coupure en balai. On ne peut les arracher. Ces deux derniers symptômes sont considérés comme pathognomoniques à cette affection. Un autre symptôme pathognomonique serait, pour Duhring, cette saillie plus ou moins considérable du cuir chevelu et cet aspect de " chair de poule " le faisant ressembler à la chair d'une volaille mal plumée. Ce phénomène est dû à l'exagération morbide des follicules pileux.

La prolifération trichophytique a une grande tendance à l'envahissement. Il n'est pas rare cependant qu'elle se circonscrive et même reste stationnaire.

La dimension des plaques varie depuis une pièce de 50 centimes jusqu'à la pièce d'argent de 5 francs (piastre française). Isolée, la plaque est rarement plus large que cela; mais on voit quelquefois plusieurs plaques qui en se réunissant peuvent tondre un territoire beaucoup plus grand.

Le vertex et les régions pariétales sont surtout les parties qu'affectionne la teigne tondante; les autres régions ne sont pas pour cela exemptes de l'infection, et nous pouvons dire d'une manière générale que là où le *trichophyton* est inoculé dans le cuir chevelu la teigne se développe. L'extension de l'affection se fait assez souvent à la face, mais alors elle acquiert un caractère un peu différent, celui de la trichophytie cutanée. Ces deux modalités, la teigne tondante et la trichophytie cutanée, comme l'a démontré Duhring, existent souvent en même temps ou se succèdent, ce qui rend le diagnostic beaucoup plus facile.

Anatomie pathologique.—Quelle que soit la certitude relative que nous donneront l'aspect caractéristique des cheveux infiltrés de spores et tubes et leur cassure en balai, ou encore l'exagération morbide qui affecte le follicule pileux, nous ne pouvons établir notre diagnostic d'une manière péremptoire qu'à l'examen microscopique. Nous avons déjà mentionné les travaux récents de M. Balzer sur cette partie de l'anatomie pathologique, aussi ne croyons-nous pas mieux agir qu'en donnant ici le résumé des connaissances que nous avons acquises dans une des leçons faites à St-Louis au mois de juin dernier, par ce savant médecin.

Les parasites végétaux peuvent se diviser en deux classes :

1° La première comprend les parasites spéciaux, jouant un rôle fondamental et toujours identique dans l'affection cutanée uniquement déterminée par eux.

2° La seconde renferme les parasites qui jouent un rôle secondaire et peu connu dans les affections cutanées.

Le *trichophyton* de concert avec l'*achorion Schönleinii* (favus) et le *microsporon furfur* (pityriasis versicolore) seraient rangés dans la première classe, c'est-à-dire considérés comme présentant un développement complet. La fermentation qu'ils déterminent est constituée par des éléments de végétation complète : *des filaments ou tubes de mycelium* et des éléments de reproduction (spores). La spore est l'élément principal ; tout dérive d'elle ; son évolution due à la segmentation de la substance centrale d'un tube fertile expliquerait les variations que nous observons dans la manifestation clinique des parasites. Tant qu'elles se trouvent sur un terrain propice à leur développement et à

leur mutation en tube, elles évolueront indéfiniment. C'est une explication assez judicieuse de la persistance vraiment alarmante et de la tendance à l'extension que présentent certaines teignes, surtout chez les enfants affectés de diathèse quelconque, scorbutique, arthritique ou herpétique. Ou bien ces spores peuvent rester stationnaires ou inertes après avoir envahi un certain département de la peau, ou bien encore, elles peuvent mourir sur place après avoir eu une évolution complète, explication assez évidente de la guérison spontanée de certaine trichophytie du cuir chevelu.

Le *trichophyton* est donc composé de tubes et de spores qui, vus au microscope, par un procédé ingénieusement trouvé par M. Balzer, apparaissent sous les caractères histologiques suivants : (1)

Les tubes de *trichophyton* se voient surtout dans les squames ; ils sont peu nombreux, très allongés, peu ramifiés, habituellement grêles et peu flexueux. Leur contenu est constitué par des spores ou par une matière grenue en voie de segmentation. Les spores sont souvent disposées en séries régulières ; leur volume est très variable ; elles sont elliptiques ou ovalaires.

Les poils constituent évidemment le siège de prédilection de la végétation trichophytique, c'est là que le champignon prend aussi son développement. Il les envahit d'abord par la base, les spores et les tubes respectant le bulbe du poil, s'élève vers son extrémité libre, occupant d'abord le voisinage de la cuticule (épiderme du poil) ; la substance médullaire reste indemme pendant longtemps, mais plus tard le poil entier est envahi par le parasite qui fait éclater la cuticule et dissout complètement les diverses couches du cheveu.

Les spores ont un diamètre beaucoup plus régulier que dans l'*achorion Schönleinii* (favus), ce diamètre varie entre 31 et 35 millimètres.

M. Charles Robin, professeur d'histologie, a nettement indiqué le processus germinatif du *trichophyton*, qu'il classifie parmi les champignons de la division des arthrosporées et de la tribu des torulacées.

Le développement du champignon est beaucoup plus considérable dans la teigne tondante que dans la plupart des autres altérations trichophytiques. Les spores sont très abondantes et les tubes de mycélium sont plus rares que dans la trichophytie cutanée.

On voit quelquefois, en outre des dégats causés par le *trichophyton*, dans les cheveux, une inflammation assez intense du cuir chevelu. Il y a œdème avec phénomènes inflammatoires et exsudation. Le derme suppure, car le parasite s'y est logé et y déclare des altérations profondes qui sont presque toujours suivies de calvitie définitive. C'est à cette variété de dermite, la plupart du temps provoquée par l'application de topiques plus ou moins irritants et intempestifs, que l'on a donné le nom de *Kerion Celsi*.

Avant que de terminer l'anatomie pathologique de la trichophytie il convient de faire connaître les essais de culture de ce parasite, faites par Hallier d'Iéna et par Nystrom. Malheureusement, ces remarqua-

(1) Ce procédé est réellement excellent, il met en lumière avec une netteté merveilleuse les caractères micrographiques des parasites végétaux. Le voici :

1° Dégraissage des parties à examiner, dans l'éther ou l'alcool ;
2° Coloration avec une solution alcoolique d'éosine saturée ;
3° Lavage à l'eau distillée ou mieux dans une solution de potasse à 40 pour 100 ;
4° Montage et conservation dans une solution de potasse à 40 pour 100.

bles travaux ne peuvent pas nous faire admettre que le parasite descendrait du *Penicilium* (moisissure des fromages), non plus que le *trichophyton* serait un dérivé de l'*achorion Schönleinii* (favus), comme l'a soutenu Hébra de Vienne. Nous devons donc considérer jusqu'à expériences plus concluantes, que le *trichophyton* est un champignon d'ordre spécial, produisant des manifestations morbides toujours identiques, c'est-à-dire teigne tondante, trichophytié cutanée et sycosis selon le lieu où est inoculé le parasite.

Diagnostic.—Le diagnostic, en général aisé, devient plus facile lorsque la tonsure est produite. Il doit toujours être assuré par un examen microscopique. Un procédé expéditif, celui en usage dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, est celui-ci :

Prendre un ou deux cheveux ou encore une squame qu'on a obtenue par le râclage ; les placer sur le porte objet du microscope, en ayant fait agir quelques gouttes d'une solution de potasse, à 10 ou 40 pour 100. Avec un grossissement de 200 à 500 diamètres, le parasite se montre à nous avec les caractères qui lui sont propres. Dans les cheveux ce sont les spores qui prédominent (teigne tondante), tandis que dans les squames il ne se trouve que des tubes de mycélium présentant dans leurs ramifications quelques spores isolées (trichophytie cutanée).

Il est inutile d'ajouter que les lames de verre sur lesquelles sont placées les préparations doivent être d'une propreté absolue, de peur de prendre pour des tubes ou spores quelques fibrilles de coton ou grains de poussière quelconques.

Le diagnostic de la teigne tondante doit se faire entre 1° le favus, 2° la pelade, 3° certaines variétés d'eczéma et de pityriasis siégeant au cuir chevelu.

Le favus, au début, avant la formation des godets, peut être pris pour une teigne tondante. Plus tard, ces incrustations jaunes cupuliformes (godets) et les cicatrices dues à la suppuration du derme, le distinguent plus facilement de cette dernière affection. Il y a de plus l'odeur *sui generis* pathognomonique du favus, odeur de souris, de moisissure. Nous avons déjà dit que le favus était une affection rurale, tandis que la trichophytie sévissait dans les villes et les grands centres, ce serait là un élément de diagnostic qu'il ne faudrait pas dédaigner. Serait-on encore dans le doute sur la nature de l'affection, il suffira alors de placer sur le porte objet du microscope un fragment de croûte (godet), additionnée d'une solution de potasse. Les spores et les tubes sont très variables et très irréguliers ; ces derniers sont beaucoup plus courts que dans le *trichophyton.* Dans le favus, les cheveux qui repoussent sont clairs, minces, mais indemnes de tout parasite ; ils repoussent très lentement. Cela s'explique, car la lésion produite par le champignon n'intéresse pas seulement la tige, mais aussi la racine, qui doit se produire avant que poil puisse émerger de l'épiderme. Dans la teigne tondante, au contraire, la racine restant dans le cuir chevelu, par suite de la cassure de la tige qui seule est infiltrée par le parasite, ne présente aucune altération trophique. Le cheveu repoussera peut-être, mais infiltré par le champignon. Dans le favus le siège du parasite est donc le foyer périfolliculaire ; il produit l'atrophie du follicule en même temps qu'il s'accompagne de dermite avoisinante. On pourrait considérer cette dernière affection comme une maladie parasitaire des cou-

ches environnantes du follicule pileux produisant, comme conséquence inévitable, une maladie trophique de ce follicule; la teigne, au contraire, serait une affection parasitaire de la tige du poil, ne s'étendant presque jamais, sans cause provoquée, à son follicule. Ceci donnerait en même temps une explication évidente du symptôme prédominant de cette dernière affection : la cassure des cheveux au ras de la peau. Dans la teigne favique, les cheveux s'arrachent facilement, vu que leur bulbe est atrophié.

2° *Pelade*.—La différence notable qui paraît exister entre la pelade et la teigne nous ferait croire dès l'abord que tout diagnostic est superflu. Il y a quelques pelades, cependant, qui permettent l'hésitation, du moins pour un certain moment; c'est lorsque le traitement qu'on leur a fait subir a modifié complètement leur aspect lisse, uni et luisant comme l'ivoire, caractéristique de la pelade.

Faisons connaître de suite que, dans la plupart des cas, la pelade ne reconnait pas d'origine parasitaire.

3° *Certaines affections psoriasiques* peuvent arrêter un moment le diagnostic de la tondante; nous voulons faire allusion surtout à cette forme de *psoriasis capitis* arrondi et limité, accompagnée ordinairement d'une légère alopécie. Dans ces cas, il n'y a pas de contagion; les squames sont d'un blanc nacré, argenté, couleur pathognomonique de l'affection. De plus la chronicité du psoriasis, l'examen des coudes et des genoux, siège de prédilection de la maladie, nous tireront facilement d'embarras.

Dans l'eczéma, de même que dans l'impétigo et la séborrhée du cuir chevelu, il n'y a jamais de cheveux épaissis, durcis et brisés au ras de la peau, comme cela se voit dans la trichophytie. Le microscope sera toujours là pour nous éclairer sur la nature parasitaire de l'affection

Durée de la maladie.—Elle varie suivant une foule de circonstances, selon que la maladie est de date récente ou ancienne. Les diathèses ont une action plus que probable sur la durée de la tricophytie en général. Abandonnée à elle-même, une teigne tondante peut durer indéfiniment, mais, par contre, on a cité plusieurs cas de guérison spontanée, sans alopécie. Du reste, d'après M. Laillier, l'alopécie n'est pas une conséquence ordinaire de la teigne tondante, elle serait plutôt commune au favus et à la pelade où l'ont voit souvent l'atrophie de la racine du cheveu. (*A suivre.*)

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes; (1)

par C. E. Lemieux, jr., M. D., Québec.

DEUXIÈME PARTIE.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES.

L'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie est justifiée. Si toutefois il n'est pas absolument démontré qu'elle prolonge la vie de ceux qui en sont affectés, il est dans tous les cas prouvé qu'elle fait cesser les hématuries et les douleurs. La rectotomie et la colotomie dans les cas de cancers du rectum, si fortement conseillées par les membres de toutes les sociétés de chirurgie, ont-elles d'autres effets?

(1) Suite.—Voir la livraison d'octobre.

Cette intervention donne de meilleurs résultats sous le double rapport de la durée et des succès quand elles sont pratiquées sur des femmes, et pour s'en convaincre il suffit de jeter les yeux sur le tableau suivant qui indique la durée respective de ceux qui des deux sexes ont été opérés pour des néoplasmes vésicaux par les différents procédés actuellement en honneur.

MALADES-HOMMES.	MALADES-FEMMES.
1 mois	1 mois
2 "	2 "
6 "	6 "
8 "	1 an (2 malades.
12 "	2 ans (4 malades.
15 "	4 "
1 guérison définitive	8 "

Mais c'est surtout à l'âge adulte que les succès sont plus marqués :

5	opérés de moins de 5 ans	ont donné	.....	5 morts.
3	" de 10 à 20 ans	"	.....	3 guérisons.
5	" de 20 à 30 ans	"	.....	4 guérisons. 1 mort.
8	" de 30 à 40 ans	"	.....	5 guérisons. 3 morts.
12	" de 40 à 50 ans	"	.....	8 guérisons. 4 morts.
10	" de 50 à 60 ans	"	.....	4 guérisons. 6 morts.
14	" de 60 à 70 ans	"	.....	6 guérisons. 8 morts.
2	" de 70 à 80 ans	"	.....	2 guérisons.

Dans ces tableaux nous ne nous sommes nullement occupé de la nature histologique de la tumeur, persuadé que nous sommes qu'il est à peu près impossible d'en déterminer la nature pendant la vie ; aussi cette question ne doit-elle nous intéresser que secondairement. Ce qui doit surtout préoccuper le chirurgien c'est le siège, l'étendue, les connexions et le mode d'implantation de la tumeur en face de laquelle il se trouve.

Si donc on constate l'existence d'une tumeur plus ou moins volumineuse mais mobile, pédiculée, et que les parois de la vessie soient sans infiltration, on sera en droit d'agir sur elle-même en l'absence d'hématuries abondantes et répétées et même de douleurs intenses. Mais une chose qu'il est bon de remarquer, c'est que ces tumeurs, même lorsqu'elles sont petites et pédiculées, donnent le plus souvent lieu à des hématuries abondantes et à des douleurs insupportables.

Mais si l'on constate l'infiltration des parois de la vessie et que les hématuries fréquentes et abondantes avec douleurs intenses, rétention d'urine épuisent le malade et portent même atteinte à ses jours, dans ces cas non seulement l'opération est justifiable, mais de plus elle est commandée.

L'intervention chirurgicale dans ces cas, il est vrai, n'est que palliative, mais elle a le même résultat que l'anus artificiel dans les cas de cancers ano-rectaux.

Car les faits cités par MM. Guyon et Bazy démontrent amplement que par l'ouverture de la vessie par un procédé quelconque, voire même la simple dilatation du col, les hémorrhagies et les douleurs out cessé.

Ainsi, en résumé, l'opération est permise dans les cas de petites tumeurs pédiculées ne donnant lieu à aucun accident important ; mais

elle est obligatoire dans tous les cas où elle se présente avec des caractères graves, *i.e.* hématuries, douleurs, rétention d'urine et envie fréquente d'uriner.

Mais il n'y a pas seulement à faire attention aux indications, il faut de plus faire la part des *contre indications* parmi lesquelles on range l'*enfance*, car comme on l'a remarqué sur le tableau cité à la page 488, sur 5 opérés avant l'âge de 5 ans, 5 cas de mortalité ont été enregistrés.

La *généralisation des tumeurs* vient en second lieu, mais il faut le dire, ce fait est très rare. La raison de cette contre-indication est facile à déduire, car alors elle agit comme dans tous les autres cas de cancers.

Les *lésions rénales aiguës* devront faire repousser toute intervention, mais il faut distinguer la pyélo-néphrite ascendante de la néphrite suppurée, de la sclérose rénale avancée, des cas où le retentissement rénal ne se traduit que par des symptômes très peu accusés.

Enfin les *adhérences* de la vessie aux organes du petit bassin (l'S iliaque, rectum chez l'homme, l'utérus et le vagin chez la femme), l'*infiltration diffuse* des parois de la vessie qui rendent les parois du réservoir urinaire rigides et le transforment pour ainsi dire en *conduit* plutôt qu'en *réservoir* viennent compléter le cadre des contre-indications.

Maintenant une question se pose d'elle-même. Doit-on opérer en dehors de toute hématurie, ou peut-on intervenir même pendant la période hémorrhagique ? Il vaut mieux opérer dans la première condition, mais si le cas l'exige, il ne faut pas hésiter à agir même pendant l'hémorrhagie, en s'appuyant sur les faits qui, rapportés dans les auteurs, prouvent que le meilleur hémostatique dans ces cas est l'ouverture même de la vessie.

Opérations.—Dès le commencement de cette courte étude sur le sujet important qui nous occupe, nous avons dit que l'on pratiquait l'ouverture de la vessie dans deux buts : pour explorer l'intérieur de l'organe et pour intervenir chirurgicalement, si besoin il y avait.

Dans le simple but d'explorer la vessie par le toucher digital ou d'en exposer la face interne à la vue, cette opération est peu justifiable quoique cependant elle rencontre en Angleterre et aux Etats Unis un grand nombre de partisans. En France, il n'est pas d'habitude, en règle générale, de faire des incisions purement exploratrices, car l'on considère que la symptomatologie des tumeurs vésicales est assez riche pour qu'il ne soit pas nécessaire de recourir à ce dernier moyen.

Les Anglais, depuis que la cystite a reçu non seulement une amélioration mais même une guérison par l'ouverture de la vessie, ne font aucun cas d'explorer *de visu* le réservoir urinaire, mais toute anodine qu'elle soit, on ne doit consentir à cette opération que si le malade doit en retirer quelque bénéfice ; et si toutefois on se laisse aller à ouvrir la vessie, il faut que l'incision soit faite de telle manière qu'elle permette un large examen de toute sa face interne et aussi qu'elle puisse servir si l'on juge nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

Mais il ne faut pas oublier que le malade, dans tous les cas, bénéficiera de quelque temps de repos, repos qui durera tant que la plaie vésicale ne sera pas fermée.

Si donc on l'envisage sous ce point de vue, nous croyons parfaitement permise l'exploration de la vessie par une opération préliminaire,

Mais quelle sera cette opération ? A risques égaux, il est évident que l'on devra donner la préférence à celle qui permettra une large voie pour l'exploration et aussi un champ opératoire bien découvert dans le cas où l'on devrait intervenir. Mais le mode opératoire varie avec les sexes ; en effet, chez la femme, tout semble plaider pour un seul et même procédé : celui de la dilatation de l'urèthre, tandis que chez l'homme, deux voies se présentent avec des résultats à peu près égaux : la voie péritonéale et la voie sus-pubienne.

Comment doit se faire la dilatation de l'urèthre chez la femme ? Voici ce qui doit nous occuper un moment.

Exploration de la vessie chez la femme.—La dilatation de l'urèthre chez la femme et la petite fille est aujourd'hui une opération courante, elle donne d'excellents résultats et, pratiquée suivant les règles, est une opération peu grave. Cette dilatation peut se faire de deux manières ; elle peut être lente ou rapide. Autrefois, c'était le premier de ces deux procédés qui était en honneur et on y parvenait en introduisant dans l'urèthre des éponges préparées ou des tiges de laminaria. Mais aujourd'hui que le chloroforme met le malade à l'abri de la douleur, il n'y a plus de raison pour lui donner place, aussi a-t-on ingénieusement et uniquement recours à la dilatation rapide qui peut se faire soit avec les doigts soit avec des instruments *ad hoc.*

En effet nous avons à notre disposition les mandrins de Simon (de Heidelberg) qui donnent une dilatation graduelle qui va de 8 à 20 millimètres de diamètre, le dilatateur de M. Guyon et celui d'Huguier.

On a de plus inventé des spéculums qui permettent la dilatation de l'urèthre en même temps que l'éclairage de la vessie.

Mais quelque soit l'instrument dont on fasse usage, on doit toujours procéder avec délicatesse, sous l'influence des anesthésiques et après avoir préalablement débridé le méat par quelques petites incisions (3 ou 4) qui ne doivent pas dépasser ½ centimètre en profondeur, ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra agir sans craindre les déchirures et les dilacérations du canal uréthral.

Quand la dilatation est complète, c'est le doigt qui peut seul nous renseigner. Stein conseille de faire le toucher de la manière suivante : l'index est introduit dans l'urèthre et le medius dans le vagin et il ajoute que, par ce moyen, l'index peut pénétrer plus profondément dans la vessie et permet ainsi un examen détaillé de toute la face interne de l'organe, et lorsque l'on a le soin de pratiquer en même temps le palper hypogastrique, on amène au contact de la pulpe digitale les parties les plus éloignées et les plus élevées de la cavité à explorer.

Exploration de la vessie chez l'homme.—Quel chemin devra donc suivre le chirurgien qui voudra s'assurer par l'examen digital du siège exact, de la forme, du volume et de l'étendue d'un néoplasme vésical chez l'homme ? Ainsi que nous l'avons déjà dit, les chirurgiens anglais et notamment Sir Henry Thompson et Whitehead (de Manchester) pratiquent l'incision exploratrice en passant par la voie périnéale. Voici la description que Sir H. Thompson donne lui-même de son manuel opératoire :

" Voyons maintenant, dit-il, la manière de procéder pour arriver à " faire franchir, à l'extrémité de l'index gauche, le col de la vessie. Le " premier but à atteindre est l'ouverture de l'urèthre au niveau de sa " portion membraneuse, par le plus court chemin, qui la sépare de la

" surface du périnée, en pratiquant un passage suffisant pour admettre
" l'introduction facile de l'index, mais pas davantage. Il ne peut pas
" y avoir de doutes qu'une incision médiane verticale, faite sur la ligne
" du raphé, remplit mieux cette indication que toute autre. Dans ces
" conditions, la saillie est formée par les articulations des autres doigts
" repliés, quand l'opérateur introduit aussi loin que possible son index,
" se loge dans l'espace situé entre les deux testicules et presse directe-
" ment sur le centre de la vessie.

" Le patient est placé dans la position ordinaire de la lithotomie,
" un cathéter à bec court et convenablement courbé avec une profonde
" rainure médiane est introduit dans la vessie. L'opérateur plonge la
" pointe d'un bistouri long et droit à environ trois quarts ($\frac{3}{4}$) de
" pouce de l'anus, et fait une incision verticale de la peau se dirigeant
" en haut et ne mesurant pas plus d'un (1) pouce à un pouce et quart
" ($1\frac{1}{4}$) en longueur. Il enfonce alors le bistouri profondément, bien
" parallèlement au rectum, dans lequel l'index gauche doit être placé
" pour informer l'opérateur de la position relative du cathéter et de
" l'intestin, jusqu'à ce que la pointe rencontre la rainure du cathéter
" au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre. Il incise à ce
" moment les tissus qui recouvrent la rainure du cathéter dans une
" étendue d'un demi pouce ($\frac{1}{2}$) environ ; l'index gauche est alors in-
" troduit dans la plaie, l'ongle reste fixé à la rainure, et il s'avance
" lentement dans l'urèthre en le dilatant graduellement. Quand le
" doigt est arrivé dans l'urèthre prostatique le cathéter est retiré
" et le doigt est fortement poussé jusqu'à ce qu'il franchisse le col de
" la vessie. Il devra remplir toute la plaie si l'incision a été bien
" faite. Ordinairement il se fait une très petite hémorrhagie. A ce
" moment l'opérateur, maintenant son doigt dans la situation men-
" tionnée, se lèvera, et plaçant sa main droite sur l'abdomen du pa-
" tient, au-dessus du pubis, il exercera une pression soutenue dirigée
" vers la cavité du bassin. Il sentira bientôt l'extrémité de son index
" gauche et combinant les mouvements de ses deux mains il pourra,
" comme je l'ai déjà dit, examiner à loisir la surface de la vessie, ex-
" plorer son sommet, ses parois latérales, son bas-fond et son trigone;
" cette dernière région sera plus complètement explorée, s'il est néces-
" saire, en plaçant l'index de l'autre main dans le rectum.

" Vous observerez que l'opération ainsi décrite est simplement une
" uréthrotomie externe et non une cystotomie, opération dans laquelle
" on pratique des incisions du col de la vessie ; c'est encore moins une
" lithotomie. L'incision intéresse seulement une petite partie de l'u-
" rèthre situé en avant de la prostate et du col, qui sont complète-
" ment respectés. Le résultat de cette incision est de rendre la vessie
" de l'homme aussi facile à explorer que celle de la femme dans ses
" conditions naturelles; chez la femme, comme vous le savez, la dila-
" tation de l'urèthre suffit à l'introduction du doigt dans le viscère et
" à son exploration. Nous supposons maintenant que cette explora-
" tion donne un résultat positif et que le doigt de l'opérateur recon-
" naisse la présence d'une masse néoplasique molle et floconneuse im-
" plantée sur une partie quelconque de la face interne de l'organe. En
" l'amenant au contact du doigt par la pression sus-pubienne, il est
" facile de vérifier la nature du pédicule et voir s'il est étroit ou large,

" et en même temps se rendre compte des autres caractères appré-
" ciables au toucher." (1)

Comme on le voit, cette opération n'est pas nouvelle, mais le but pour lequel les anglais (Thompson et Whitehead) la pratiquent est nouveau. En somme ce n'est rien de plus que ce que l'on appelle depuis longtemps en France la " boutonnière périnéale " que Buisson (de Montpellier) Allarton en Angleterre, et après Dolbeau essayèrent de faire accepter comme méthode de lithotritie par les voies accidentelles.—(Malgaigne et Le Fort, *Manuel de médecine opératoire*, 8e édit. vol. II, p. 642).

Sir H. Thompson reconnait bien que lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate le doigt ne peut pas arriver au col de la vessie, mais il s'empresse d'ajouter qu'alors cette opération est inutile puisque son but est de diagnostiquer les affections obscures de la vessie, ce qui ne saurait être dans ce cas. Le toucher rectal peut bien il est vrai constater l'hypertrophie, mais tel n'est pas le but proposé. Il s'agit de découvrir la cause des douleurs et de l'hématurie qui ne trouvent que très exceptionnellement une explication dans l'hypertrophie de la prostate, et de plus, il est très rare que l'on rencontre une tumeur vésicale en même temps que de l'hypertrophie prostatique.

Whitehead et Pollard sont plus restreints que Sir H. Thompson sur le résultat de l'exploration par la boutonnière périnéale, et selon eux il y a trois contre-indications : 1° l'embonpoint du malade, qui augmente l'épaisseur du périnée ; 2° l'hypertrophie de la prostate, qui éloigne encore le col de la vessie ; 3° l'étroitesse considérable de l'orifice du bassin, qui empêche la main de déprimer le périnée (1).

F. Heath rapporte le cas d'un malade de 73 ans chez qui on pratiqua l'uréthrotomie périnéale médiane afin de s'enquérir de la cause des hématuries répétées pendant six semaines consécutives, et ce fut en vain que lui et deux aides tentèrent de franchir le col et d'explorer la vessie à cause d'une hypertrophie prostatique qui empêchait l'introduction de l'index.

Chez les sujets très gras il est non seulement impossible d'explorer la vessie, mais même de se rendre au col.

Dupuytren, dans sa thèse de concours (page 7), dit avoir trouvé, après de nombreuses expériences, que la distance qui sépare la face externe du périnée du col de la vessie était variable de un pouce et quelques lignes à quatre pouces, et comme moyenne il donne 2½ pouces.

En somme, la boutonnière périnéale est inférieure à l'incision hypogastrique comme moyen d'exploration qui, contrairement à ce que l'on pensait pendant les trois derniers siècles, est devenu, grâce aux perfectionnements modernes, une opération relativement bénigne. Mais pour en venir à cette dernière extrémité, il faut que les symptômes soient pressants et que le malade puisse en retirer quelque bénéfice, soit temporaire, soit durable. Ce qui autorise encore cette opération, c'est que c'est la seule voie qui permette au doigt et à la vue de scruter en détail les anfractuosités du réservoir urinaire, et de plus, c'est la voie par excellence pour l'extraction, si le cas l'exige. (*A suivre.*)

---

(1) Sir H. Thompson. Leçon professée à *University College Hospital.—Lancet*, 3 février 1883, p. 182.

(1) Whitehead et Pollard.—*The surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder*, in " *The Lancet*, " 6, 13 et 20 octobre 1883.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Fièvre synoque et fièvre typhoïde.—Clinique de M. HARDY à l'hôpital de la Charité.—Au No 1 de notre salle des hommes, nous avons un jeune homme de vingt ans, qui est à Paris depuis six mois, c'est-à-dire dans les conditions voulues d'âge et de santé pour contracter la fièvre typhoïde.

Lorsqu'il est entré dans le service, il était malade depuis trois jours ; il se plaignait de céphalée frontale, de courbature et avait perdu l'appétit; sa température était de 38° degrés et quelques dixièmes, et le pouls avait dépassé 100. Mais le lendemain matin nous étions frappés de voir le pouls tombé à 76 et la température à 37° et quelques dixièmes ; la langue était couverte d'un léger enduit blanchâtre, sans sécheresse aucune ; l'intelligence était parfaitement nette, le malade avait très bien dormi et nous ne trouvions aucun phénomène particulier du côté du ventre ou de la poitrine. C'est ainsi que, bien que ce jeune homme nous donnât lieu de penser qu'il pouvait être au début d'une fièvre typhoïde, nous réservâmes le diagnostic tant que les accidents ne s'accentueraient pas, l'état dans lequel il se trouvait pouvant partaitement dépendre d'une simple synoque.

Les jours suivants ont justifié notre réserve, si bien qu'aujourd'hui la fièvre a complètement cessé, l'appétit est revenu, et notre malade est assez bien remis et en état de partir.

En résumé, il n'a rien eu d'autre chose qu'une fièvre simple, fièvre éphémère ou fièvre synoque, comme on l'appelle encore.

Il faut donc se rappeler que, dans les trois ou quatre premiers jours, la fièvre synoque présente souvent toutes les allures de la dothiénentérie ; de là le sage précepte de réserver le diagnostic pendant ce temps et jusqu'à ce que les phénomènes se dessinent assez nettement pour se prononcer.

Ce que nous faisons à Paris en agissant ainsi, on ne le fait pas à l'étranger ; aussi ne saurait-on comparer, sans danger d'erreurs graves, nos statistiques avec celles de l'Allemagne, de la Russie, etc., pays où dès que la température dépasse 38 degrés, on conclut à l'existence de la fièvre typhoïde ; on a recours au traitement par les bains froids et l'on s'en vient dire que, grâce à cette méthode, le chiffre des guérisons de la fièvre typhoïde est beaucoup plus considérable à l'étranger qu'en France. Nous aussi, nous pourrions facilement enfler le chiffre des guérisons, si nous classions des faits analogues à celui dont je viens de rapporter l'observation dans la catégorie des fièvres typhoïdes.

Ceci dit, je passe au second malade, dont je veux aujourd'hui vous parler, et qui, celui-là, a été atteint véritablement de la fièvre typhoïde.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, qui nourrissait depuis six mois un enfant, lorsqu'elle est tombée malade. Le début a été marqué

par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation nocturne, des douleurs de ventre, de la diarrhée, une courbature générale. Huit jours après, elle est entrée dans nos salles, et, en l'examinant, nous avons constaté de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque, une rate hypertrophiée, des taches rosées lenticulaires, quelques râles sibilants dans la poitrine, enfin un certain état de stupeur, en même temps que la température s'élevait à 41°,2 le soir et 40°8 le matin, le pouls oscillait entre 100 et 110, en un mot les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde avérée. Pendant les dix jours qui ont suivi son entrée dans nos salles, cet état avait persisté sans de grandes oscillations, lorsque, tout à coup, pendant notre visite, nous avons été appelé auprès d'elle par la religieuse nous annonçant que cette femme succombait. En effet, nous rendant aussitôt à son lit, nous la trouvions couchée sur le côté droit, la face pâle, les lèvres violacées, et, après deux inspirations, séparées par un assez long intervalle, elle était morte. Cependant la nuit avait été bonne, à son réveil elle s'était senti beaucoup mieux que les jours précédents, elle causait encore très bien quelques instants avant la syncope léthale qui l'a emportée aussi subitement.

Pendant tout le temps de sa maladie, elle n'avait présenté d'autres symptômes graves que de l'albumine,—ce qui est un signe un peu fâcheux lorsque cette substance s'élève, comme chez elle par exemple, à 3 grammes par litre d'urine,—et qu'une élévation persistante de la température, élévation contre laquelle nous avions cherché à réagir en lui administrant pendant trois jours un gramme d'acide salicylique, et encore avions-nous cessé de lui en faire prendre trente-six heures avant sa mort à cause de la faiblesse et de la petitesse du pouls.

L'autopsie a été pratiquée et nous a donné les résultats suivants: dans l'intestin grêle tous les signes anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde parvenue au septième septénaire, sans la moindre perforation; rate hypertrophiée et ramollie; ganglions mésentériques augmentés de volume; reins congestionnés, décoloration et dégénérescence graisseuse de leur substance corticale; cerveau intact; poumons seulement un peu emphysémateux. De plus, le cœur a une coloration brunâtre, sa consistance est anomale, en un mot il est le siège à la fois d'une myocardite et d'une dégénérescence graisseuse prononcée, circonstance importante pour nous expliquer la mort subite de cette femme.

Pendant la vie, cependant, nous n'avions rien trouvé du côté du cœur, si ce n'est une certaine faiblesse d'impulsion, un pouls petit, mou et peu résistant.

La mort subite est rare dans la fièvre typhoïde. Dans cette affection la mort peut reconnaître des causes diverses qui sont: 1° l'adynamie; 2° des accidents ataxiques; 3° on meurt quelquefois par le poumon, par une broncho-pneumonie étendue; mais, dans ces divers cas, la mort peut être prévue quelques jours à l'avance; 4° la mort peut survenir accidentellement par hémorrhagies intestinales, mais elle n'est encore que rapide et non pas subite; il en est de même d'une perforation intestinale donnant lieu à une péritonite suraiguë; 6° de même aussi de la péritonite par propagation de l'inflammation intestinale; 7° enfin, nous avons la mort subite, foudroyante.

Cette dernière a été fort peu signalée par les auteurs: Andral en

rapporte une observation ; Louis n'en cite pas un seul cas : Chomel indique un seul fait de mort *prompte* ; Zenker, en Allemagne, qui a décrit avec beaucoup de soin la dégénérescence graisseuse du cœur, a signalé un cas de mort subite par cette dégénérescence chez un typhoïdique. Enfin, en France, c'est à M. Dieulafoy et dans la thèse qu'il a soutenue en 1869 sur cette question que l'on trouve réellement des notions et des faits sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Il rapporte en effet quatorze observations, dont quelques-unes lui sont personnelles. A dater de ce moment, journaux et recueils périodiques ont signalé d'autres faits de mort subite dans la fièvre typhoïde et, parmi les travaux publiés depuis lors, nous devons surtout mentionner ceux de M. Laverand, de M. Huchard, en 1877, de M. Liebermann, médecin militaire, également en 1877.

Néanmoins ces cas sont toujours assez rares, bien qu'ils soient un peu plus fréquents depuis quelques années, ce qui pourrait,—je ne dis pas : *ce qui doit*,—*ce qui pourrait* bien tenir au nouveau mode de traitement expérimenté actuellement. L'observation que je rapporte aujourd'hui est mon premier fait de mort subite dans la fièvre typhoïde. Dois-je en incriminer l'acide salicylique ?

La mort subite, quand elle s'est produite, a presque toujours eu lieu à l'époque où le malade entrait ou allait entrer en convalescence, c'est-à-dire du dix-huitième au vingt-quatrième jour, comme l'a dit M. Dieulafoy. Elle est généralement arrivée par syncope, sauf dans un cas où l'on a constaté des phénomènes convulsifs. Dans deux cas également, rapportés par M. Laverand et par M. Blachez, la mort a eu lieu exceptionnellement au sixième jour ; quant à notre malade, elle a été foudroyée le dix-huitième jour.

Différentes explications ont été proposées. Celle de M. Dieulafoy est assez ingénieuse, mais elle me parait purement hypothétique. L'auteur explique la mort subite dans la fièvre typhoïde par une action réflexe, l'irritation intestinale se transmettant au bulbe par les filets du pneumo-gastrique, d'où l'arrêt de la respiration et de la circulation ; quelquefois aussi du bulbe gagnant les ganglions spinaux, d'où les convulsions des membres. Si ce fait était vrai, nous devrions observer la mort subite dans bien d'autres affections intestinales graves, où jamais jusqu'à présent elle n'a été signalée.

Quelques médecins ont attribué la mort subite à l'anémie cérébrale ; cela serait peut être un peu plus plausible, et pourtant combien de malades sont autrement anémiés qu'un typhoïdique et n'ont pas de syncope léthale.

En réalité, la mort subite se produit surtout chez les cardiaques, surtout chez les malades dont le cœur est altéré dans ses fibres. Or ce qui se passe chez les individus atteints de maladie du cœur peut également se produire chez les typhoïdiques atteints de dégénérescence graisseuse de l'organe central de la circulation, surtout quand cette dégénérescence se complique de myocardite.

De tout ce que je viens de dire, il résulte un enseignement clinique. Ce n'est qu'exceptionnellement chez ma malade que j'ai prescrit l'acide salicylique, la dose a été seulement d'un gramme pendant trois jours, et le médicament a été supprimé trente-six heures avant la mort, en raison de l'état du pouls. Y a-t-il eu ici une corrélation de cause à effet ? Toujours est-il que pour moi, si la mort subite dans la fièvre

typhoïde est plus fréquente depuis quelques années, cela *pourrait* tenir au traitement actuellement employé. D'où je conseillerai,—et c'est par là que je termine,—de se méfier de ces médicaments : acide salicylique, acide phénique et sulfate de quinine à haute dose, ainsi que je le disais à l'Académie dans la discussion sur la fièvre typhoïde.—*Gaz. des hôpitaux.*

Nouveau traitement de l'ulcère de l'estomac.—Dans une intéressante clinique sur ce sujet, M. Debove avoue que, quelles que soient les théories qu'on invoque pour expliquer la formation de l'ulcère simple, *ulcus rotundum*, pas une n'est satisfaisante. Heureusement qu'en thérapeutique, il n'en est pas de même. La diète lactée est devenue en quelque sorte classique. Cependant, ce régime n'est pas infaillible et a bien quelques inconvénients. Le principal réside dans la quantité du lait ingéré. Ces doses de trois à quatre litres de liquide ont pour conséquence d'amener la dilatation de l'estomac, bien que l'on ait soin d'éloigner les rations pour ne point charger l'estomac brusquement d'une grande quantité de liquide. La dilatation des parois de l'estomac peut tirailler l'ulcère, provoquer les hémorrhagies et la perforation. Tel est le véritable danger de la diète lactée. Bien que ce danger ne soit pas absolument démontré, il peut logiquement en être ainsi ; or, si la dilatation des parois stomacales est nuisible, il y aura avantage à en assurer le retrait. M. Debove a essayé dans ce but de réduire le volume du lait ingéré en employant le lait concentré et les poudres de lait, mais ce régime sec n'étant pas suffisamment nutritif, l'auteur a adopté le régime sec de M. Bouchard : poudre de viande, purée de viande, etc..., mais avec certaines précautions préalables.

Avant d'instituer le traitement, on pratique le lavage de l'estomac. Il faut avoir soin de surveiller la teinte du liquide qui revient dans l'entonnoir ; s'il devient rose, on suspend immédiatement l'opération. Partant de cette idée que, si l'on parvenait à annuler l'action du suc gastrique, on favoriserait la cicatrisation de l'ulcère. M. Debove a fait ingérer à ses malades 30 grammes de bicarbonate de soude en trois prises dans les vingt-quatre heures. Grâce à cet article, les aliments non digérés dans l'estomac passent dans l'intestin avec la réaction alcaline favorable à la digestion intestinale. L'auteur donne à ses malades trois repas composés de :

Poudre de viande.....	25 grammes.
Bicarbonate de soude.....	10 —

Ce mélange désagréable est introduit dans l'estomac à l'aide du siphon.—On ajoute à ces aliments secs un litre de lait que le malade boit en plusieurs fois dans la journée.

Les malades supportent parfaitement cette dose énorme de bicarbonate.—Ce traitement a été employé avec plein succès dans deux cas graves d'ulcère accompagné de crises douloureuses, atroces, d'hémorrhagies et d'amaigrissement profond.—Tous les autres traitements avaient échoué. Ces résultats sont si frappants, dit le *Progrès médical*, qu'ils ne peuvent manquer de provoquer partout l'essai de cette nouvelle méthode thérapeutique.—*Gaz. méd. de Nantes.*

Constipation.—Nous trouvons dans la livraison de mai de *Squibb's Ephemeris* un article fort bien fait sur la pathogénie et le traitement de la constipation. Nous en offrons à nos lecteurs un résumé succinct. La constipation consiste en une accumulation, dans le tube intestinal, des matières excrémentitielles qui doivent être évacuées au moins une fois par jour. La cause immédiate de cette constipation est l'état de sécheresse et de dureté du bol fécal dont la partie aqueuse s'est résorbée trop vite, c'est-à-dire avant que les matières eussent atteint le gros intestin. La quantité d'aliments ingérés par un adulte en bonne santé est d'environ cinq livres et deux onces, dont 79 p. 100 d'eau. La moyenne du résidu est de 5.25 oz. dont 75 p. 100 d'eau. Dans le traitement de la constipation on devra donc chercher à maintenir autant que possible ces proportions. Si la proportion d'eau contenue dans les *excreta* tombe au dessous de 50 p. 100, les intestins ne les feront mouvoir que difficilement ; si c'est au dessous de 20 p. 100, les mouvements du bol fécal seront nuls, et il y aura, en conséquence, constipation opiniâtre.

On n'ignore pas que le sang renferme ordinairement 79 p. 100 d'eau. Si les différentes surfaces sécrètent trop d'eau, ou encore si une quantité suffisante d'eau n'est pas ingérée avec les aliments, alors le sang soutire la proportion d'eau qui lui est nécessaire de là où il peut la trouver, et surtout du canal alimentaire. Il faut donc qu'une quantité suffisante d'eau soit ingérée, ou seule, ou avec les aliments, ou encore sous forme de fruits succulents. On sait qu'après les premières phases de la digestion, — environ une ou deux heures après le repas,— la soif se fait sentir ; or cette soif doit être étanchée. En outre l'exercice soulage souvent la constipation par le fait qu'il porte le sujet à boire une plus grande quantité d'eau. L'usage de vêtements trop chauds, en favorisant la transpiration favorise aussi la constipation. Tout le traitement peut se résumer à ceci : Prendre une quantité suffisante d'eau simultanément avec les aliments, et de plus, en ingérer un grand verre vers la fin de la digestion. Surveiller et satisfaire la soif qui se ferait sentir entre les repas. Suivre ce régime pendant plusieurs semaines. S'il manque son effet, ajouter à la diète ordinaire l'usage d'aliments laxatifs, v.g. fruits etc, et prendre un exercice actif. Il peut devenir nécessaire de prendre un apéritif, mais seulement à petite dose et dans beaucoup d'eau, au coucher, ou bien une heure après le déjeûner.

L'épaississement trop grand de la bile peut être le résultat d'un manque de liquides dans l'économie. En augmentant la proportion de ceux-ci, on obvie à cette concentration du liquide biliaire en même temps qu'à la constipation. Sinon, un médicament qui agira spécialement sur le duodénum : calomel, taraxacum, podophylline, pris de préférence à l'heure du coucher, deux ou trois jours de suite, aura souvent raison de cette constipation contre laquelle on dirigera en même temps, comme mesure prophylactique, l'usage méthodique de l'eau.

Action du chloral sur l'albuminurie.—D'après le docteur Wilson, le chloral aurait dans la néphrite albumineuse une action directe sur le tissu rénal. Cette assertion est fondée sur deux observations. La première a trait à une femme de 40 ans, qui était atteinte d'albuminurie et à laquelle le docteur Wilson aurait fait prendre du chloral, le soir,

pour remédier à l'insomnie. Le lendemain, il constatait une forte diminution de la proportion d'albumine contenue dans les urines. Encouragé par ce résultat, il continuait l'administration du chloral et arrivait ainsi à voir disparaître l'albuminurie qui recommençait dès qu'on suspendait la médication par le chloral. La seconde observation concerne un vieillard chez lequel le chloral montra la même action sur l'albuminurie et donna des résultats aussi concluants. Ce sont là deux faits très importants à signaler; ils sont de nature à encourager les praticiens qui pourront trouver dans le chloral un médicament précieux dans une maladie aussi grave que la néphrite.—*British Medical Journal.*

De l'Aphasie.—Cécité verbale.—Surdité verbale.—Aphasie motrice.—Agraphie.—Les leçons de M. le professeur Charcot ont été analysées par M. Pierre Marie qui a cherché dans son travail à extraire la substance de l'enseignement du professeur.

Prenons d'abord pour point de départ l'étude d'un individu quelconque, normal, muni des éléments nécessaires pour comprendre le langage des autres et exprimer le sien ; nous voyons que pour arriver à la *formation du mot* une série de phénomènes se passent en lui, qui sont les suivants :

1° Phénomènes de *réception :* auditif et visuels.

2° Phénomènes de *transmission :* parole, écriture.

Phénomènes de *réception secondaire :* mémoire de perception des mouvements de la parole.—Mémoire de perception des mouvements de l'écriture.

Telles sont les opérations par lesquelles se constitue la faculté du langage.

Voyons maintenant comment l'évocation du mot peut être entravée. Tout d'abord deux grandes classes d'aphasie suivant que l'obstacle siégera dans la *réception* ou dans la *transmission*, et dans ces deux classes deux subdivisions :

1° Aphasie de *réception :* ouïe — surdité verbale ;
vue — cécité verbale.

2° Aphasie de *transmission :* parole — aphasie motrice (Broca)
écriture — agraphie.

Aphasie de réception secondaire: perte de la mémoire de perception des mouvements de la parole.

Aphasie de réception secondaire : perte de la mémoire de perception des mouvements de l'écriture.

Voici un exemple de *cécité verbale.* C'est un cas très curieux observé à la Salpêtrière par M. Charcot.

A la suite d'une émotion vive à la chasse, un homme de 45 ans, négociant d'une culture intellectuelle moyenne est pris subitement d'hémiplégie droite avec perte de connaissance. Le lendemain matin, il reprend connaissance, il est toujours hémiplégique et de plus bredouille en parlant et prend un mot pour un autre; quelques jours après, ces troubles de la parole disparaissent, la main redevient assez libre et le malade écrit un ordre qu'il a à donner pour ses affaires, mais il ne peut *relire ce qu'il a écrit ;* il lui est aussi impossible de lire un imprimé.

Cinq mois après il vient consulter M. Charcot. Il n'y a plus d'hémiplégie, plus d'aphasie motrice, il peut parler facilement, mais il lui

est impossible de lire l'écriture ou un imprimé. Il a oublié aussi quelques substantifs et noms propres; il n'a pas encore retrouvé le nom des rues qu'il a habitées.

" J'écris, dit-il, comme si j'avais les yeux fermés, je ne lis pas ce que j'écris." On lui fait faire son nom: " Je sais bien que c'est mon nom que j'ai écrit mais je ne puis plus le lire." Pendant qu'il fait des efforts pour lire, il retrace avec son doigt dans l'espace les lettres qui composent le mot à lire.

Donc la *cécité verbale* est caractérisée par ce fait que le malade a perdu la notion des signes du langage écrit au point de vue de la réception, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception auditive et ceux de transmission graphique et verbale.

Voici maintenant un exemple de surdité verbale. Femme de 46 ans. Sans perte de connaissance, sans paralysie elle est obligée d'abandonner son travail, elle ne sait plus ce qu'on lui dit, elle ne répond pas, mais n'a jamais commis un acte déraisonnable.

Voici un passage de son interrogatoire:

D. Votre nom ?

Elle relève la tête mais ne répond pas.

Interpellée de nouveau. R. Que dites-vous ?

On répète la question. R. Je ne comprends pas. On répète encore: Elle finit par dire son nom.

Si on lui demande depuis combien de temps elle est malade la même difficulté d'intelligence se produit. Elle finit cependant par répondre: Depuis trois mois.

Si on lui demande son adresse: Peut-être depuis trois mois et demi.

Cependant l'ouïe est intacte. Elle entend parfaitement le moindre bruit. La vue est intacte. La malade lit facilement les questions qu'on lui adresse par écrit et elle y répond soit de vive voix, soit par écrit après quelques moments de réflexion.

Donc, dans la *surdité verbale*, le malade a perdu, au point de vue de la réception, la notion des signes du langage parlé, mais il a conservé les phénomènes de réception visuelle et ceux de transmission graphique et verbale.

Nous arrivons maintenant à la 2e classe d'aphasie motrice et de transmission. Elle comprend deux variétés, l'une *phonétique* c'est le type Broca. L'autre *graphique* c'est l'agraphie.

La phase du type Bouillaud-Broca est la plus connue, c'est de beaucoup la plus fréquente: Après une perte de connaissance et l'apparition d'une hémiplégie droite, un homme perd la faculté d'articuler les mots, et les seules syllabes qu'il prononce quant il peut parler sont: pau, pau.

C'est tout ce qu'il peut dire. Cependant il peut lire et écrire très bien de la main gauche et comprend parfaitement tout ce qu'on lui dit. Il fait en écrivant quelques fautes d'orthographe mais en relisant il les corrige.

Donc l'aphasie du type Bouillaud-Broca ou *logoplégie* est caractérisée par ce fait que le malade a perdu, au point de vue de la transmission la notion des signes du langage parlé, tandis qu'il a conservé les phénomènes de réception auditifs et visuels et ceux de transmission graphique.

Quant à l'agraphie il est facile de comprendre en quoi elle consiste:

les phénomènes de réception sont normaux; la transmission phonétique est conservée mais la transmission graphique est supprimée.

Mais cette dissociation des phénomènes cliniques de l'aphasie correspond-elle à une dissociation anatomique ? L'anatomie pathologique constate-t-elle l'existence de signes différents pour chacune de ces mémoires partielles, pour chacune de ces modalités de langage écrit ou parlé, sensoriel ou moteur ?

Dans le type Bouillaud-Broca le siège de la lésion se trouve dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Mais, comme le remarque M. Charcot, les lésions peuvent atteindre la circonvolution soit au niveau de *l'écorce*, soit au niveau de la *substance blanche* sous-jacente (Pitres).

Dans le premier cas c'est la cellule qui est atteinte; dans le deuxième ce sont les fibres de conduction et dans ce dernier la restitution de la fonction sera plus facile.

La surdité verbale accompagne une lésion siégeant au niveau de la première circonvolution temporale gauche.

La cécité verbale dépend donc d'une lésion du lobule frontal inférieur gauche.

L'agraphie s'observerait à la suite de lésions de la frontale moyenne gauche.

En somme, tous les centres seraient groupés sur les deux lèvres de la moitié postérieure de la scissure de Sylvius. Leur voisinage, en corrélation probable avec le voisinage des points d'origine des branches de la sylvienne, permet de comprendre les cas d'*aphasies complexes* (M. Charcot) où la part de tel ou tel centre est difficile à faire en clinique.

C'est aussi ce qui a fait considérer, par quelques-uns, les subdivisions citées plus haut comme des modifications, non dans la qualité mais dans la quantité des troubles psychiqnes.

L'intelligence et la mémoire sont-elles peu atteintes, l'aphasie est partielle. Le sont-elles davantage, l'aphasie est complète.

Enfin, il est un phénomène qui, dans la question actuelle, joue un grand rôle: c'est celui *de la suppléance fonctionnelle* des différentes mémoires. Tout le monde a observé sur lui-même ce fait. La mémoire auditive fait-elle défaut momentanément, nous appelons à notre aide la mémoire visuelle et *vice versa*. Dans l'aphasie il en est de même. Le premier malade cité avait perdu l'habitude de lire avec les yeux, il traçait alors les lettres avec le doigt et lisait avec le doigt.

C'est là un phénomène psychique sur lequel a insisté M. Charcot. Le centre de réception visuelle étant hors d'état de fonctionner était remplacé par le centre de réception pour les mouvements de l'écriture. Le malade étant habitué à écrire, ce centre avait pris un remarquable développement et suffisait pour lui permettre de recevoir les communications graphiques centripètes.—*Revue médicale.*

L'anurie et son traitement.—Dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, le Dr Mandrillon arrive à d'importantes conclusions pratiques au sujet de l'anurie :

1o. L'anurie n'est qu'un symptôme, ne reconnaissant pour causes (en dehors des anuries nerveuses ou hystériques) qu'une oblitération mécanique ou organique des uretères ou une affection des reins.

2o. L'anurie n'est grave que par les accidents urémiques qu'elle amène.

3o. Sa gravité est en raison des lésions qui la produisent ; mortelle, si les lésions sont permanentes ; curable, si elles ne sont que passagères.

4o. L'anurie qui guérit est immédiatement suivie d'une diurèse abondante et de courte durée.

Une indication capitale, primordiale, s'impose d'abord : faire uriner et empêcher l'accumulation dans l'organisme des produits de désassimilation entraînés par l'urine.

Enfin, en second lieu, combattre les accidents urémiques.

Pour obéir à la première indication, nous avons un médicament qui est en même temps un aliment de premier ordre : c'est le *lait*. On devra aussitôt mettre l'anurique à l'usage exclusif de ce liquide. C'est d'abord un puissant diurétique, non parce qu'il possède en lui-même des propriétés dites *diurétiques*, mais parce que, pris en grande quantité, il élève la tension sanguine dans les vaisseaux et favorise ainsi la diurèse ; ensuite parce qu'il réduit au minimum la production des produits urémiques.

Que les causes qui ont produit l'anurie soient d'ordre méeanique ou d'ordre néphrétique (je ne parlerai pas ici des anuries hystériques), ce précieux remède trouve son indication. Dans le premier cas, s'il peut vaincre l'obstacle, il prolongera la vie du malade en réduisant au minimum le chiffre de production de l'urée.

Des médicaments qu'un certain nombre de praticiens sont tentés de donner, la digitale, l'opium et ses alcaloïdes, la scille, etc., doivent être prescrits avec la plus grande prudence, car on ne doit jamais oublier que les médicaments dont la voie d'expulsion de l'économie est la voie rénale déterminent dans l'anurie des accidents graves d'empoisonnement.

L'hydrate de chloral, de tous les hypnotiques, est le seul que l'on doit donner de préférence, parce qu'il s'élimine en très grande partie par la muqueuse pulmonaire.

Les alcooliques, les excitants diffusibles et surtout la caféine sont souvent indiqués.

Ils peuvent, dans certains cas d'anurie, produire d'excellents effets, en élevant sans danger la tension artérielle.

Pour combattre les accidents urémiques, deux indications se présentent :

a. Empêcher autant que possible la formation de l'urée, de l'acide urique, etc.

Pour remplir cette indication : du lait, rien que du lait.

b. Expulser de l'économie les produits urétiques qui l'empoisonnent.

La saignée que M. Landouzy, dans une brillante leçon faite à la Charité, recommande comme un moyen de premier ordre, m'a rendu d'immenses services dans l'asthme urémique, et j'ai vu, dans trois ou quatre cas de ma pratique, cet accident redoutable de l'urémie céder comme par enchantement à une large saignée.

Les purgatifs drastiques sont également indiqués, et nous faisons artificiellement alors ce que la nature accomplit lorsqu'elle provoque soit des diarrhées abondantes, soit des vomissements, soustrayant ainsi une certaine quantité de produits uréiques dont l'excès dans l'organisme détermine ces formidables accidents connus sous le nom *d'accidents urémiques.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des particularités relatives à la tumeur blanche tibio-tarsienne.—Clinique de M. NICAISE à l'hôpital Laënnec.—Laissant de côté, aujourd'hui, l'étude des fractures, nous allons nous occuper de la tumeur blanche tibio-tarsienne que nous avons opérée l'autre jour. Notre malade, qui est entré à l'hôpital le 11 décembre 1883, est un jeune homme de 31 ans qui va être obligé, par suite de l'opération que nous lui avons faite, de renoncer à son état de fumiste. Les antécédents héréditaires ne nous ont donné rien de précis; mais il n'en est pas de même de ses antécédents personnels, car le malade nous raconte qu'il a eu une entorse de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Il tousse en outre depuis deux ans et a eu quelquefois de la diarrhée.

Son articulation a commencé à le faire souffrir au mois de juillet 1883. Cet état a été en s'aggravant jusqu'en novembre où apparut le gonflement, et comme la marche devenait de plus en plus difficile, il vint dans notre service le 11 décembre. A son entrée, nous constatâmes un gonflement bien manifeste au-niveau de l'articulation tibio-tarsienne. La douleur était très vive à la pression et dans les mouvements de flexion et d'extension, mais il n'y avait pas encore d'abcès péri-articulaire, ni de fistules. L'examen des poumons nous fit percevoir, il est vrai, des craquements et du souffle du côté gauche, mais ces caractères n'avaient rien de bien spécifique.

En face de cet état, mettant de côté toute opération, nous avons essayé l'emploi des agents locaux associés à un traitement général. En même temps qu'on immobilisait le pied dans une gouttière et qu'on faisait des applications de teinture d'iode ou de pointes de feu, on faisait prendre au malade une certaine quantité d'huile de foie de morue et de vin de quinquina. Malgré cela, et comme par le fait même de sa lésion notre malade était maintenu au lit et ne pouvait pas profiter du grand air, l'affection a évolué. Un abcès, qui n'a pas tardé à être suivi d'une ulcération de la peau en arrière du péroné, est survenu derrière la malléole externe.

Voici pour les lésions; occupons-nous maintenant un peu du diagnostic. Il est bien certain que nous avons affaire à une arthrite chronique fongueuse, mais ce qui nous importe de savoir c'est son origine. Est-elle tuberculeuse? Nous ne trancherons pas la question aujourd'hui. Mais en présence de l'amaigrissement et des lésions pulmonaires dont je vous ai parlé plus haut, j'ai une grande tendance à croire que la lésion tibio-tarsienne doit être d'origine tuberculeuse. En attendant que l'examen microscopique nous ait donné le dernier mot à ce sujet, occupons-nous de savoir quelle était l'étendue de la maladie, et si l'affection avait atteint les parties molles et les os, ou si elle s'était cantonnée dans une seule de ces parties. Comme il n'y avait pas de fistules au niveau des os, je croyais qu'ils n'étaient pas malades, ou du moins j'avais la ferme conviction que, dans le cas contraire, il n'y avait là qu'une lésion secondaire. Ce diagnostic, que vous n'arriverez pas le plus souvent à préciser, offre cependant une grande importance, car il vous fera savoir si vous devez avoir recours à une résection ou à une amputation.

La tumeur blanche étant arrivée à la période de suppuration avec communication de l'air extérieur avec l'articulation, par suite de l'ouverture de cette dernière, le pronostic était sérieux, et après toutes les tentatives infructueuses que nous avions faites, nous devions arriver à une opération qui permit au malade de sortir de son lit. J'eus l'intention, tout d'abord, de faire la résection, quoique je ne sois pas très partisan de cette opération parce qu'elle donne lieu en général à des récidives ; mais, après avoir constaté que l'état des poumons n'avait fait qu'augmenter, je rejetai ma première idée pour lui faire l'amputation circulaire du tiers inférieur de la jambe selon le procédé de Lenoir, en y ajoutant, toutefois, le décollement du périoste, que je vous recommande, car je m'en suis toujours très bien trouvé. Il n'a pas eu de fièvre, mange assez bien, et n'a que quelques douleurs produites par l'opération.

Maintenant que j'en ai fini avec ce malade, je vais revenir sur la tumeur blanche tibio-tarsienne en particulier, car je n'ai nullement l'intention de vous faire toute l'histoire de cette affection, vu qu'elle présente un certain nombre de lésions qu'on retrouve dans chaque articulation.

La douleur ne reste pas localisée et s'irradie vers le gros orteil, ou vers la partie postérieure de la jambe, plutôt que vers la région antérieure. Quant au gonflement, l'étude de son siège présente un certain intérêt parce qu'il vous fera prévoir l'abcès et la fistule consécutive. Il ne peut se développer sur les parties latérales, les malléoles s'y opposant; mais il n'en est pas de même pour la région antérieure où le ligament étant très faible se laisse facilement distendre. Vous verrez alors, au niveau de la face antérieure du cou de pied, un bourrelet qui s'étend d'une malléole à l'autre, et qui est d'autant plus accusé qu'il se rapproche des points où les tendons extenseurs ne passent pas. Les abcès et les fistules se formeront en avant de chaque malléole, et en particulier en avant du péroné.

En arrière, l'articulation est recouverte par un ligament si faible, que les anatomistes ne se donnent pas la peine de le décrire, mais qui existe cependant, car je l'ai pour ma part rencontré assez souvent comme je le dis, du reste, dans un traité d'anatomie qui est resté dans les cartons. Le gonflement se fera donc sentir surtout vers la partie moyenne où il n'est pas entravé par les groupes musculaires qui existent latéralement, car il ne rencontre que l'aponévrose profonde et le tendon d'Achille. La perforation de la synoviale se fera à la partie moyenne, le pus s'épanchera alors dans le tissu cellulo-graisseux et viendra se faire jour entre les malléoles et le tendon d'Achille qui le limite en arrière

Où sera maintenant le siège des abcès péri-articulaires ayant leur origine dans l'articulation, c'est à-dire des abcès migrateurs ? Dans les points que le gonflement affecte. En avant, ce sera principalement devant la malléole externe, et en arrière, il y aura de l'empâtement en avant du tendon d'Achille, et l'abcès, dont la saillie est appréciable de chaque côté, viendra s'ouvrir soit en dedans, soit en dehors. Chez notre malade il y eut deux ouvertures ; la première existait en dehors, derrière la malléole externe, et la deuxième fusée eut lieu au-dessus. Ce n'était pas tout ! le pus avait perforé la gaine du long fléchisseur du pouce, et était venu émigrer jusqu'à la plante du pied.

Quant aux sièges des fistules, qui varient selon les cas, et qui peuvent

être tantôt en avant ou en arrière, et tantôt au niveau de la plante du pied, nous laisserons ce sujet de côté pour examiner s'il y a des attitudes spéciales du pied. L'articulation tibio-tarsienne subit-elle des déformations comme la hanche, par exemple ? Oui, le pied s'abaisse, quitte l'angle droit, et tend à se mettre en continuité avec l'axe de la jambe. On a décrit, il est vrai, une foule d'autres déviations, mais elles ne sont que secondaires, dépendent du décubitus du malade, et ne présentent, quoique bien décrites par Bonnet, aucun intérêt pour le chirurgien, car il lui est toujours très facile de les corriger.

Ceci dit, passons à l'examen des lésions de voisinage. Si la tumeur blanche se développe sur un enfant dont le squelette n'est pas encore développé, elle réagira sur les épiphyses et en particulier sur celle du tibia. Si l'arthrite survient avant 18 ans, c'est-à-dire avant la soudure de l'épiphyse à la diaphyse, il survient des modifications dans l'accroissement de l'os. Ce n'est pas tout, et vous aurez, outre cela, des lésions de voisinage dans les articulations environnantes. Les articulations sous astragaliennes peuvent être prises à leur tour. A la face externe, en effet, la surface articulaire tibio-tarsienne se prolonge jusqu'à la face inférieure de l'astragale, et en arrière, la synoviale se prolonge très-bas. Voilà pour les lésions par continuité, mais il y en a encore ici, comme partout ailleurs, par contiguité, et vous pourrez voir sur la pièce que je vous montrerai tout à-l'heure que la synoviale des autres articulations est rouge et injectée. Vous voyez donc qu'il faut examiner non seulement l'articulation primitivement malade, mais qu'il est encore nécessaire de passer en revue les sous-astragalienne et médio-tarsienne.

Quelques mots maintenant à propos du diagnostic. Le plus difficile, ce sera de savoir si les gaînes tendineuses sont attaquées, ou bien si elles sont restées saines. Quand elles sont fongueuses, vous trouverez que le gonflement est moins rapproché du tendon d'Achille, qu'il recouvre davantage le bord postérieur des malléoles, et qu'il siège, dans l'arthrite tibio-tarsienne, un peu plus en arrière. Voici les différentes particularités qui ont trait à l'arthrite fongueuse tibio-tarsienne, et, après avoir laissé de côté avec intention les caractères généraux, je vais arriver à la description de la pièce que vous avez sous les yeux.

Cette arthrite fongueuse a débuté par la surface articulaire et n'a envahi que secondairement les parties molles. Il n'y a aujourd'hui presque plus qu'une théorie : c'est que la tumeur blanche est d'origine osseuse. C'est vrai, mais il y en a aussi qui débutent par les parties molles, et je suis très surpris quand j'entends dire que la tumeur blanche ne peut pas débuter à la suite d'une synovite fongueuse. Ces affirmations étranges sont en opposition absolue avec la pathologie générale, et, si l'arthrite d'origine osseuse épiphysaire est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, il n'en est pas moins vrai qu'elle prend plus souvent son origine, chez ce dernier, dans les parties molles. La néomembrane qui tapisse les surfaces articulaires est plus mince sur les os que sur la synoviale. On ne retrouve aucune trace de cartilages, et il n'y a pas de séquestres. La partie supérieure de l'astragale paraît saine. Il en est de même pour l'extrémité inférieure du tibia sur lequel nous trouvons une ostéite qui monte le long des parois du tissu compact, qui fait le tour de l'os sans occuper la partie centrale et arrive jusque sur le périoste qui est épaissi. Les ligaments sont infiltrés, et

quant à l'abcès qui siège en dehors sur la face postérieure, à leurs ouvertures, et aux lésions des articulations par continuité ou par contiguité, je vous ai suffisamment entretenu sur ce sujet pour n'avoir pas à y revenir.—*Praticien.*

Des corps étrangers dans les voies aériennes, par le Dr J.R. WIDTS.

1° Quand un corps étranger a pénétré dans le larynx, la trachée ou les bronches, il ne faut pas avoir recours à l'emploi des vomitifs ou autres moyens semblables qui ne font qu'augmenter les souffrances du malade sans le guérir.

2° L'inversion et la succussion sont dangereuses et ne doivent pas être mises en usage, à moins que la trachéotomie ait été pratiquée au préalable.

3° La seule présence d'un corps étranger dans le larynx, la trachée ou les bronches ne rend pas la bronchotomie nécessaire.

3° Quand un corps étranger ne donne lieu à aucun symptôme indiquant danger, la bronchotomie ne doit pas être faite.

5° Lorsqu'un corps étranger demeure fixé dans la trachée ou dans les bronches, on ne doit pas, en règle générale, pratiquer la bronchotomie.

6° S'il y a des symptômes de suffocation, il faut avoir recours sans délai à la bronchotomie.

7° Quand le corps étranger est dans le larynx, et qu'il n'y amène pas des paroxysmes de strangulation mais une grande gêne dans la respiration par inflammation ou œdème de la glotte, la bronchotomie devient nécessaire.

8° Il faut encore faire la bronchotomie, quand le corps étranger est mobile dans la trachée et occasionne de fréquentes attaques de strangulation.—*Weekly Medical Review.*

Dangers des injections de teinture d'iode répétées à courte distance dans le traitement de l'hydrocèle.—Diagnostic de l'hématocèle et du sarcome du testicule.—Traitement.—Il y a quelques jours à peine, M. Tillaux, dans son service de l'hôpital Beaujon, prémunissait ses élèves contre le danger de trop se hâter à faire une nouvelle injection de teinture d'iode dans une hydrocèle déjà opérée. Ce n'est qu'au bout de six semaines à deux mois qu'on peut juger du résultat de la première intervention. Se presser davantage, c'est s'exposer à provoquer dans la tunique vaginale la formation de ces fausses membranes si vasculaires qui saignent au moindre choc, c'est s'exposer à produire une hématocèle, c'est-à-dire faire perdre le testicule à son client. C'est ce qui est arrivé à ce malheureux homme de 60 ans. Il y a deux ans il avait une hydrocèle gauche; quinze jours après une injection de teinture d'iode, son médecin lui en fait une seconde plus forte, et nous sommes aujourd'hui en présence d'une hématocèle.

Ces anamnestiques bien précis, et la fluctuation qu'une palpation très attentive permet de constater dans la tumeur, nous ont rendu ce diagnostic facile. Parfois, il n'est pas commode de distinguer l'hématocèle du sarcome. Quand les renseignements font défaut, que la fluctuation est douteuse, et que le testicule est confondu dans la masse de la tumeur, il est permis d'hésiter. Cependant l'absence de modifications dans le volume du cordon, l'absence ou le peu d'intensité des dou-

leurs, la marche lente, l'impossibilité de trouver des ganglions dans la fosse iliaque et en dernier lieu l'issue d'un liquide épais, couleur de chocolat, obtenu par une ponction exploratrice, feront pencher pour l'hématocèle.

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de doute possible. La décortication sera d'abord tentée. Mais elle ne sera pas réalisable si les fausses membranes sont trop épaisses et les adhérences trop intimes. Chez un jeune sujet, alors qu'il y a grande importance à conserver le testicule, au prix même d'une longue suppuration, M. Tillaux passerait un drain. Mais chez un homme de 60 ans, il ne faut pas courir les risques de semblables plaies ouvertes ; si la décortication est impossible, il vaudra mieux faire le sacrifice de la glande spermatique et pratiquer la castration.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Coxalgie inflammatoire passagère.—Extrait d'une clinique de M. Terrillon à l'hôpital de la Charité. —Dans la salle Ste-Catherine repose une femme qui, en tombant presque de sa hauteur, s'est tordue la cuisse. A son entrée dans le service, elle présenta des phénomènes douloureux tellement intenses que nous ne sûmes pas, tout d'abord, s'il n'y avait pas de fracture. Jusqu'ici, rien d'anormal ; mais voici qui devient bizarre, et qui va nous conduire à l'étude de la coxalgie hystérique. Le membre inférieur droit, le douloureux, est dans l'abduction, en rotation externe, et a, enfin, une longueur beaucoup plus grande que celui du côté opposé. En présence de pareils symptômes, nous nous demandâmes s'il n'y avait pas quelque chose du côté de la hanche ; mais, comme le fémur était intact et qu'il n'existait seulement qu'une douleur assez vive au niveau de la hanche, nous avons mis la malade au repos et nous avons attendu. Quatre ou cinq jours après, nous constatâmes un raccourcissement apparent, de l'adduction, et de la rotation en dedans, tous phénomènes qui, en présence d'une femme nerveuse, ne pouvaient me faire penser à autre chose qu'à la contracture d'un certain nombre de muscles survenue à la suite d'un traumatisme ; aussi eus-je recours immédiatement au chloroforme, afin de ne pas avoir l'ombre d'un doute. Mon expérience fut couronnée de succès, car vous avez été à même de voir qu'à mesure que la malade s'endormait, le genou se redressait et la jambe reprenait sa position normale.

Voilà un premier point qui nous prouve déjà amplement que nous avions bien affaire à une contracture. Passons maintenant à un second et examinons la femme endormie. Tous les mouvements qui, auparavant, étaient très difficiles, devinrent alors extrêmement aisés. Quant à la troisième et dernière partie de notre expérience, elle se produisit d'elle-même. A mesure, en effet, que la malade se réveillait, sa jambe se raccourcissait, et se mettait en rotation en dedans et en adduction petit à petit.

Si le chloroforme n'avait pas été employé, on aurait très bien pu faire le diagnostic de coxalgie. Il est bon, toutefois, de bien s'entendre sur la valeur de ce mot. Généralement on donne ce nom à la lésion avec ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Ici, nous n'avons pas du tout affaire à une pareille affection, mais seulement à une variété. On décrit, en effet, trois espèces : la coxalgie vraie ou tumeur blanche, qui est de beaucoup la plus fréquente, la coxalgie hystérique dont le diagnostic est très difficile, et enfin reste encore pour moi, la coxalgie inflammatoire passagère que présente notre malade.

Voilà, en effet, une femme qui, après une chute, a eu des attitudes passagères. Or, la coxalgie vraie ne présente jamais ces deux phénomènes. L'attitude, il est vrai, peut bien changer, mais elle se fait alors très lentement, en un mois, tandis qu'ici les phénomènes inverses ont eu lieu en une nuit. J'élimine donc cette première variété. Restent alors les deux autres. L'hystérique est à peu près semblable à celle qui nous occupe. Ayant, en effet, sous l'influence du chloroforme, l'abolition des symptômes, nous serions, par conséquent, autorisés à faire ce diagnostic. Quelle est donc la différence ? La voici : sous l'influence du traumatisme s'est déclarée une arthrite légère qui a été le point de départ de la contracture. Voilà le troisième exemple que je vois. Cela n'a du reste rien qui doive vous étonner si vous vous rappelez que les arthrites du coude ou de l'épaule donnent très fréquemment lieu à des contractures avec attitudes vicieuses. Cette malade, il est vrai, est prédisposée, de sorte qu'on pourrait presque dire qu'il y a eu deux choses : une contracture hystérique et une arthrite légère. Le point douloureux, de plus, dans la coxalgie hystérique, est soit sur le trochanter, soit sur le pubis ; mais on ne le rencontre jamais au niveau de l'interligne articulaire.

Je tenais beaucoup à attirer votre attention sur ce fait ; malheureusement il peut très bien se faire que les choses ne tournent pas bien. Supposez, en effet, que nous ayons affaire à une jeune fille qui soit disposée à faire de la tuberculose ; cette coxalgie deviendra une coxalgie vraie. Quoiqu'il en soit, je crois que, sur vingt troubles de la hanche, vous n'en trouverez certes pas un qui présente les curieux phénomènes qui viennent de vous être décrits.—*Praticien.*

Luxations et fractures.(1)—Extraits d'une clinique de M. Jonathan HUTCHINSON, F. R. C. S., au *London Hospital.*—On doit distinguer deux variétés de fractures :

A.—Fractures avec déplacement.

B.—Fractures sans déplacement.

Il ne faut pas oublier que, bien que se montrant sur le même os ou portant le même nom distinctif, savoir, fracture de Pott ou de Colle, cependant les fractures sont aptes à présenter une foule de variétés ; il ne faut donc pas s'attendre à ce que deux cas donnés de la même variété de fracture se ressemblent en tous points.

Comme dans les cas de décollements épiphysaires, plus la fracture est située près d'une articulation, moins il y a de chances de déplacement, lequel n'est la plupart du temps que partiel. Il peut y avoir pénétration, et alors la bonne position des fragments, telle que constatée après la guérison, doit être attribuée non pas tant à l'habileté du chirurgien qu'au hasard qui a fait que, lors de l'accident, les fragments ont pénétré l'un dans l'autre. C'est pour cette raison qu'il ne faut pas trop se hâter d'appliquer les appareils de contention dans ces cas, car on pourrait de la sorte augmenter le mal par l'effet d'une pression intempestive. M. Hutchinson dit avoir souvent traité des fractures de Colle sans faire usage d'aucune attelle. Chaque cas, dit-il, doit être traité suivant ses exigences particulières.

Dans la fracture de Colle, il n'y a la plupart du temps que peu de

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'octobre.

déplacement ; par exception cependant il peut arriver qu'il en soit tout autrement, et alors le traitement présente de sérieuses difficultés.

Dans une fracture avec déplacement, il faut de toute nécessité opérer une réduction complète ; dans ces cas il vaut toujours mieux mettre le malade sous l'influence d'un anesthésique avant de commencer les manœuvres de réduction. Aidé de la sorte, le chirurgien ne doit se tenir pour satisfait que quand il a pu réussir à mettre les fragments en exacte juxtaposition, sauf pourtant dans les cas où il y a pénétration, celle-ci étant parfois telle qu'elle rend la juxtaposition à peu près impossible.

Une fois que les fragments ont été remis en place, cependant, ils n'ont pas de tendance à reprendre la position vicieuse première ; de là le peu de nécessité qu'il y a d'entourer d'attelles le membre fracturé. Le traitement par les attelles devra cependant s'appliquer à un certain nombre de cas. Mais M. Hutchinson estime que les quatre cinquièmes des cas de fractures des membres peuvent être traités avec beaucoup de succès sans l'application d'aucune attelle dont les avantages sont du reste effacés par le mal que cause la pression. S'il faut absolument faire usage d'attelles, les plus simples seront toujours les meilleures, surtout les plus droites qui permettent de faire une meilleure extension et qui peuvent le mieux être tenues en place. Suivant M. Hutchinson une attelle ne doit pas rester en place plus de quatorze jours si on ne veut courir le risque d'une roideur *rhumatismale* de l'articulation.

Pour prouver combien sont inutiles les appareils compliqués inventés par plusieurs pour le traitement des fractures, M. Hutchinson rapporte le fait d'un instrument de ce genre, inventé par le Dr Gordon, de Belfast, et destiné à être d'un usage général parmi les chirurgiens. Or, dans un ouvrage publié par un chirurgien éminent, cet instrument est représenté *sens dessus dessous* ; on peut en conclure que le chirurgien susdit n'avait guère compris l'appareil.

Il n'y a pas que la fracture de Colle qui puisse être traitée avec succès par l'extension pratiquée au moyen d'une simple attelle droite ; toutes les autres fractures sont aussi dans ce cas. Les attelles doivent être munies de coussins fort épais, surtout quand il s'agit de fractures du fémur. M. Hutchinson dit qu'il a vu beaucoup plus de cas d'union vicieuse résulter du traitement des fractures par les nombreux appareils modernes, qu'il n'en a vu par suite de l'usage des bonnes vieilles attelles droites.

Les fractures du col du fémur revêtent une grande variété de formes. On a voulu les diviser en intra et extra capsulaires, comme si le col du fémur était toujours fracturé exactement en dehors ou en dedans de la capsule. Comme question de fait il en est rarement ainsi. Ainsi le grand trochanter seul, ou les deux trochanters peuvent être brisés et la fracture elle même siéger partiellement en dehors de la capsule. Cependant, quand la déformation est considérable, on peut soupçonner l'existence d'une fracture extra capsulaire, et si, en saisissant fermement les deux hanches, on constate que celle du côté malade est plus épaissie, on peut tenir pour certain que la fracture ne siège pas exclusivement en dedans de la capsule. Dans tous les cas de fracture du col du fémur, l'union osseuse doit être le but constant du chirurgien, et M. Hutchinson est d'avis qu'il est toujours permis d'espérer un semblable résultat.—*Canada Lancet.*

Traitement des abcès froids par les injections éthérées d'iodoforme. — Le professeur Verneuil obtient la guérison rapide de presque tous ses abcès froids, abcès ossifluents, par congestion, etc., au moyen des injections éthérées d'iodoforme au 1.20. La poche purulente, préalablement vidée avec l'aspirateur Potain, reçoit à l'aide du même instrument, de 100 à 300 grammes de la solution iodoformique. En ne dépassant pas cette quantité (15 à 20 grammes d'iodoforme), on n'a jamais à craindre d'accidents d'intoxication. Le liquide pénètre ainsi dans toutes les anfractuosités et diverticules de l'abcès, l'éther est absorbé ou se vaporise et l'agent antiseptique se dépose en couche uniformément étendue sur la membrane pyogénique, qu'il modifie. Un des élèves du savant chirurgien de la Pitié vient de faire ressortir dans sa thèse inaugurale l'excellence de cette méthode, bien supérieure au grattage et à l'ablation de la paroi de l'abcès. Outre que cette enveloppe n'est pas toujours et complètement accessible, le procédé d'ablation que préconise M. Lannelongue expose à des accidents inflammatoires et à la mort. Les injections de teinture d'iode, qu'on a recommandées, ont l'inconvénient de provoquer dans les foyers purulents une irritation parfois très vive, qui se propage aux parties; elles laissent souvent après elles des fistules intarissables. Bref, dans cinq observations relatées dans cette thèse, de très vastes abcès costaux, etc., ont été guéris en trois mois, par 3 ou 4 injections éthérées d'iodoforme. Ce traitement si simple, si exempt de dangers, si facile à appliquer, sera vite adopté par tous les praticiens.—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Les déchirures du périnée. (1).—Lorsqu'une déchirure du périnée survient, elle peut-être plus ou moins étendue : consistant parfois en une simple éraillure de la fourchette, elle intéresse assez souvent une certaine épaisseur du tissu compris entre le sphincter et la vulve ; dans d'autres cas, plus rares, le sphincter lui-même est lésé plus ou moins complètement ; il suffit de signaler les cas exceptionnels de déchirure centrale du périnée, le sphincter et la commissure restant intacts.

Quelle est la conduite à tenir suivant ces diverses circonstances,?—Bien constater d'abord, après un lavage antiseptique sérieux, l'étendue des lésions du périnée : ce qui n'est pas toujours facile à la suite d'un accouchement laborieux, lorsque les parties atteintes sont violacées, contuses. S'il n'y a qu'une légère déchirure, il suffit de tenir les jambes de la malade rapprochées au moyen d'un drap qui lui maintienne les genoux, puis redoubler les soins de propreté ; la réunion immédiate a lieu presque toujours.

Mais les auteurs ne sont plus d'accord sur ce qu'il faut faire dans le second cas, lorsque, sans entamer le sphincter, la déchirure a intéressé une bonne partie du périnée : pour le plus grand nombre des auteurs, il faut agir, soit immédiatement, soit seulement au bout de quelques jours ; pour quelques-uns, il est inutile de faire la moindre intervention. C'est ainsi que M. Charpentier rejette l'emploi des sutures métalliques

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'octobre.

ou autres, des serres-fines même ; il se contente "la plaie étant bien lavée, de faire affleurer aussi bien que possible les bords de la déchirure, de façon à ce qu'ils soient absolument de niveau." Il applique sur le périnée une compresse trempée dans une solution au 100e d'acide phénique, et il rapproche les jambes de la malade en maintenant les cuisses réunies à l'aide d'une serviette assez serrée pour empêcher tout mouvement d'écartement des cuisses. Afin d'éviter la défécation, il administre à la malade de 5 à 10 centigr. d'extrait thébaïque dans les vingt quatre heures, par pilules de 0,01 centigr. Les jours suivants c'est-à-dire pendant quatre jours, il prend les plus grandes précautions pour empêcher l'écartement des deux lèvres de la plaie. J. Moses est du même avis ; il pense de même que la guérison de ces déchirures est toujours possible, simplement en bandant les genoux et en maintenant les parties lésées en contact et parfaitement propres.

Cette pratique n'est pas adoptée cependant par la majorité des accoucheurs : la plupart préfèrent maintenir solidement en contact les lèvres de la solution de continuité, les uns intervenant immédiatement après la délivrance, les autres plus tardivement. Quelle est la meilleure méthode ? Roux condamnait l'intervention immédiate ; Velpeau, revenant un peu plus tard sur ce point, arrivait aux mêmes conclusions ; MM. Verneuil, Blot, Trélat, Polaillon, veulent différer également toute intervention chirurgicale jusqu'après le troisième ou quatrième mois après l'accouchement. Ces divers auteurs redoutent, les uns le gonflement qui va s'emparer des parties malades, et l'étranglement des tissus compris dane la suture ; les autres incriminent l'écoulement des lochies comme devant empêcher la cicatrisation de la plaie. D'autres enfin, avec Moses, pensent que le choc supporté par la parturiente fait qu'elle se trouve dans des conditions d'opération défavorables.

Les partisans de l'opération immédiate, Dieffenbach, Bérard, Danyau, Demarquay, Barnes, Sims, Simpson, sont aussi nombreux et non moins autorisés que leurs adversaires ; de plus, les raisons qu'ils font valoir en faveur de leur manière de faire, semblent meilleures et plus concluantes. M. Eustache, après avoir réfuté la plupart des objections des adversaires de l'intervention immédiate, examine la plus sérieuse, l'état puerpéral de la femme : "Chez une femme, dit-il, qui vient à peine d'être délivrée, on n'entreprendrait certes pas volontiers une opération quelconque ; mais est-ce bien une opération que la suture pratiquée dans ces circonstances, et pour une solution de continuité déjà produite ?" N'est-il pas à craindre que ces déchirures ne deviennent le point de départ des accidents liés aux larges plaies ? La périnéorrhaphie, pratiquée dans ces conditions, supprime cette complication en obstruant la solution de continuité et la mettant, par conséquent, à l'abri de tout danger d'absorption purulente ou putride, et cela sans traumatisme nouveau. En effet, ce n'est pas une opération sanglante que l'on pratique alors, ce n'est en quelque sorte qu'un simple pansement. Il faut également repousser l'intervention retardée de six à huit jours ; l'opération primitive, outre qu'elle amène souvent une guérison complète, facilite et simplifie toujours les interventions ultérieures, lorsqu'elles sont nécessaires.

C'est donc avec raison que G. Simon (de Liège) recommande d'avoir toujours sous la main tout ce qu'il faut pour faire une suture du périnée, il est bon également d'avoir quelques serres-fines qui, dans nombre de cas, peuvent suffire et donner d'excellents résultats.

Lorsque les lésions paraissent assez sérieuses pour nécessiter l'emploi des sutures, on fait placer la femme dans la position de la taille, en travers du lit : puis, après avoir lavé soigneusement la plaie périnéale, on place les sutures.

Nous ne pouvons ici que signaler les nombreux procédés de sutures sans entrer dans leurs descriptions : suture enchevillée (Roux), suture entortillée (Dieffenbach) suture en surjet (Maisonneuve), suture en 8 de chiffre (Keppner), suture entrecoupée (Langenbeck, Bouisson, Demarquay), suture continue de Pelletier, etc, etc...

Diverses espèces de fils ont été employés pour les sutures : fils de lin, de chanvre, de soie, de fer, de plomb, d'argent, etc.; beaucoup d'accoucheurs emploient de préférence les fils d'argent qu'ils laissent au moins cinq ou six jours en place lorsqu'il n'y a pas d'élévation de température. Baker-Brown conseille de les enlever dès le troisième jour : Th. Smith pense qu'il vaut mieux les laisser en place une semaine. Le catgut est employé volontiers par certains auteurs : c'est ainsi que D. Mollière, le Dr Brose préconisent tout particulièrement cette substance. Si la déchirure n'est pas très étendue, on se contentera de sutures simples et directes ; mais, lorsque le sphincter est largement intéressé, il faut recourir à la suture entrecoupée du rectum et du vagin et à la suture enchevillée du périnée.

Du reste il sera intéressant de revenir ultérieurement sur le meilleur procédé de périnéorhaphie immédiate ou tardive, sur les procédés d'avivement dans le cas d'opération consécutive, et sur les précautions à prendre pour favoriser la consolidation. Qu'il nous suffise d'avoir rappelé dans quelles conditions surviennent volontiers les déchirures du périnée; par quelles précautions on pouvait diminuer les chances de voir la rupture se produire. Quant au meilleur procédé à employer pour réparer les dégâts, il serait trop long de discuter ici les différentes méthodes préconisées, tant en France qu'à l'étranger.—*Concours médical.*

De l'influence de l'âge sur le travail, chez les primipares.—Après une étude sérieuse de cette question, Kleinwaechter s'appuyant sur les rapports de 920 cas observés à la clinique d'Inspruck, en vient aux conclusions qui vont suivre. Il commence par établir trois groupes distincts de malades :

I	Primipares jeunes		— 16 à 19 ans
II	"	d'âge moyen	— 20 à 29 "
III	"	âgées	— 30 à 41.

1° Les complications accidentelles étrangères à la grossesse se montrent rarement chez les primipares jeunes, et le plus souvent chez les primipares âgées.

2° Les troubles divers attribuables à la grossesse sont plus fréquents chez les âgées, puis chez les jeunes.

3° C'est chez les jeunes que les hémorrhagies se montrent le plus souvent, au cours de la grossesse ; c'est chez les plus âgées qu'elles sont les plus rares.

2° Le travail se prolonge surtout chez les âgées ; les jeunes viennent ensuite.

5° L'inefficacité des douleurs est très rare chez les primipares de 20 à 29 ans, la plupart du temps elle se rencontre chez les plus agées.

6° Conséquemment, c'est chez ces dernières que l'on est le plus souvent obligé d'appliquer le forceps

7° Seule, la première période du travail subit l'influence de l'âge, chez les primipares. La seconde période s'en ressent à peine. La troisième pas du tout.

8° Le chiffre de la mortalité chez les primipares auxquelles on a dû appliquer le forceps augmente avec l'âge des parturientes.

9° Plus âgée est la primipare, plus grand est le danger de déchirure du périnée.

10° De même, plus la primipare est âgée, plus elle est exposée aux hémorrhagies puerpérales. Ces hémorrhagies ne sont cependant pas aussi fréquentes qu'on le croyait autrefois.

11° Avec les progrès de l'âge s'accroit la prédisposition des primipares aux affections rénales.

12° Il en est de même de la fréquence de l'œdème sans troubles rénaux.

13° Plus la primipare est âgée, moins il y a de danger de mastite ; moins aussi il y a de chance que la femme puisse nourrir.

14° Ce sont les âgées qui sont les plus sujettes à la fièvre puerpérale et à la manie puerpérale, ce sont les primipares d'âge moyen qui le sont le moins.

15° Le chiffre de la mortalité est plus élevé chez les primipares âgées. C'est chez celles d'âge moyen qu'il l'est le moins.

16° On rencontre les accouchements spontanément prématurés surtout chez les âgées. Ils sont bien rares chez les primipares d'âge moyen.

17° La fréquence des positions anormales du fœtus s'accroit avec les progrès de l'âge.

19° Plus la primipare est âgée, plus il y a de chance qu'elle donne naissance à un garçon; il faut en excepter les parturientes entre vingt et vingt-un ans qui ont plus de filles que de garçons.

19° La prédisposition aux grossesses gémellaires augmente aussi avec l'âge.

20° Plus la primipare est âgée, plus l'enfant est pesant et long, et plus tôt tombe le cordon ombilical ; chez les jeunes le cordon tombe bien plus tard.

21° Avec l'âge diminue chez la primipare la fréquence des naissances d'enfants difformes.

22° La mortalité des enfants nouveaux nés augmente avec l'âge de la mère.—*Boston Medical and Surgical Journal.*

Chirurgie abdominale et hystérectomie.—Extraits d'une communication de M. Lawson Tait, F. R. C. S. Eng., à l'*Association médicale canadienne.* (1).—Une autre variété de cas que nous rencontrons souvent est constituée par les malades souffrant d'affections chroniques et incurables des annexes de l'utérus : ovarite chronique, salpingite chronique avec obstruction des trompes, celles-ci étant en conséquence distendues par du sérum, du pus ou du sang. Ce n'est que depuis quelques années que ces cas sont bien connus et bien étudiés. La faute en est aux théories *mécaniques* mises en honneur par Simpson et son école, pour qui les déplacements utérins constituaient la plus grande partie des maladies de la matrice, et qui les combattaient au moyen de la sonde

(1) Suite et fin—Voir la livraison d'octobre.

exploratrice et du pessaire, Aujourd'hui un grand nombre de ces soi-disant cas de déplacements utérins sont reconnus consister en inflammations chroniques des trompes et des ovaires, justiciables de l'intervention chirurgicale seulement.

Ici vous allez me demander à quels signes on reconnaît ces maladies, et je réponds que le diagnostic en est et en sera probablement toujours incertain. Elles débutent en général par une attaque aiguë de quelqu'inflammation des organes du bassin et c'est de là que la malade fait dater le début de son malaise ; avec de tels symptômes commémoratifs, soyez toujonrs sur vos gardes. La maladie primitive a pu être, par exemple, une attaque de gonorrhée, une périmétrite consécutive à un accouchement ou à un avortement, une fièvre éruptive etc. En certains cas le point de départ reste incertain, ce qui rend le diagnostic plus difficile. Bien qu'assez positifs par eux-mêmes, les symptômes ne sont cependant pas caractéristiques. La douleur en est un des principaux. Cette douleur est persistante, s'aggrave sous l'influence de la marche ainsi que durant tout le temps de la menstruation et pendant les quelques jours qui précèdent et qui suivent celle-ci. La menstruation est ordinairement plus fréquente et plus profuse. Dans la grande majorité des cas, l'utérus est plus ou moins immobilisé et l'on peut sentir une tuméfaction assez douloureuse, soit d'un côté soit de l'autre, soit même des deux côtés à la fois, soit enfin en arrière de cet organe. Quand les trompes et les ovaires sont en arrière de l'utérus et y ont contracté des adhérences, ce qui est le plus souvent le cas, le diagnostic devient très difficile pour un commençant. On croit tout bonnement à une subinvolution et à une rétroflexion et on applique un pessaire qui n'a d'autre effet que d'aggraver les douleurs. C'est alors que la malade va de médecin en médecin, en quête de nouveaux pessaires, jusqu'à ce qu'elle finisse par devenir incurable ou par succomber à une attaque de péritonite aiguë.

Dans quelques uns des cas les plus marqués que j'ai eus, il n'y avait aucun signe physique et je ne me suis cru justifiable d'intervenir qu'en vue des souffrances de la malade.

Disons un mot, en passant, des symptômes subjectifs. Tout le monde connaît l'histoire que racontait Liston. Une fille hystérique l'avait un jour persuadé de lui amputer une jambe saine, pour une prétendue maladie de l'articulation du genou. Connaît-on quelqu'autre histoire de ce genre ? Si oui, je l'ignore. Nous rencontrons certainement des femmes qui nous font des récits aussi extraordinaires qu'incroyables de leurs souffrances ; mais ces récits sont tellement contradictoires et décousus qu'il n'est pas facile d'y ajouter foi. De plus, aucun signe physique ne vient les appuyer. Une femme dont le récit est véridique tient un langage plus suivi et se soumet de bonne grâce au traitement tandis qu'une trompeuse n'a rien de plus pressé que de prendre la fuite aussitôt qu'il est question d'une opération pouvant mettre sa vie en danger. Je n'ai jamais pratiqué d'opération sans avoir trouvé que celle-ci fut nécessaire, même dans des cas où, avant l'opération, l'opportunité de celle-ci me paraissait fort douteuse. Les opérations de ce genre sont fort difficiles, vu les nombreuses adhérences que l'on rencontre, et l'opérateur n'a pour se guider que la délicatesse et la perfection de son toucher. Quelques uns de mes critiques ont prétendu que dans les cas d'occlusion et de distension des trompes, la ponction

pouvait remplacer la section abdominale. Mais l'expérience m'a appris que cette ponction est inutile Quant à l'histoire subséquente de ces cas, je puis dire que la plupart de mes malades sont immédiatement et parfois même complètement soulagées par l'opération. Chez quelques unes persiste, pendant plusieurs mois, une certaine sensibilité du pédicule. Dans quatre mauvais cas j'ai vu s'établir des fistules fécales, mais dans deux les sinus ont guéri, et les patientes sont aujourd'hui parfaitement bien. Dans le troisième cas, la fistule s'ouvre encore de temps à autre. Enfin, dans le quatrième cas, le pire de tous ceux que j'ai rencontrés, la fistule persiste encore, douze mois après l'opération, mais l'état général de la malade s'est tellement amélioré que j'espère encore en une guérison, en temps opportun. Je termine en vous disant un mot de l'opération au moyen de laquelle le Dr Rownald Battey a voulu, en provoquant artificiellement la ménopause, mettre fin à certains troubles nerveux plus ou moins intimement liés à la fonction menstruelle. Pour décider de l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans des cas de ce genre, il faut une extrême réserve et une extrême prudence. Quand, pour la première fois, j'entendis parler de ce genre d'opérations, je résolus d'appliquer ces vues purement théoriques au traitement d'une maladie qui, en beaucoup de cas, est intimement liée à la menstruation, je veux dire l'épilepsie. Chez beaucoup de femmes épileptiques l'attaque survient à l'époque menstruelle seulement, chez d'autres les manifestations épileptiques sont plus intenses lors de l'apparition des règles. Je choisis donc, au hazard, six cas d'épilepsie menstruelle, et je pratiquai, chez eux tous, l'opération de Battey, l'oöphorectomie. Le résultat fut que toutes ces malades supportèrent on ne peut mieux l'opération et furent bientôt en convalescence. Dans deux de ces cas l'épilepsie était si grave que la vie en avait été sérieusement menacée ; aujourd'hui les malades sont presque tout à fait guéries de ces attaques épileptiques, outre que leur santé générale s'est considérablement améliorée. Chez une autre malade, l'épilepsie fut arrêtée pendant plus de dix huit mois, et bien qu'elle se soit manifestée de nouveau, il n'en est pas moins vrai que la patiente est devenue une femme forte et robuste, de faible et de chétive qu'elle était auparavant. Chez deux autres enfin la maladie s'est améliorée de même que la santé générale.

Après tout, cependant. je ne suis pas en principe fortement porté à recommander cette opération de Battey, bien qu'en certains cas je la crois éminemment utile et recommandable. De fait, si j'avais une fille dont la santé aurait été compromise par l'épilepsie menstruelle, je n'hésiterais pas à conseiller l'opération. Celle-ci doit aussi être conseillée à un autre point de vue ; en la pratiquant chez les épileptiques, on oppose une barrière infranchissable à l'hérédité de la maladie. Il ne faut donc pas se hâter de la condamner tout à fait. Appliquée au traitement de l'épilepsie, l'ablation des annexes utérines ne tuerait probablement pas plus de une malade sur cent, et en soulagerait certainement cinquante sur cent. Elle aurait pour effet d'améliorer sensiblement la santé générale du plus grand nombre et, dans tous les cas, n'aggraverait certainement pas la maladie.—*Canadian Practitioner.*

Du sulfate de cuivre en obstétrique.—M. Charpentier en propose l'emploi et voici ses conclusions :

Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antisep-

tique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés ;

Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile. il joint aux avantages d'être un antiseptique très-puissant, celui d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané ;

Qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue ;

La sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourrait être substitué, comme hémostatique, au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies.

La solution à employer doit être la solution au centième chauffée à une température de 36 à 38 degrés ;

L'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable.

Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances, et, en particulier, dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison uréthro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué. —*Bulletin de l'Acad. de médecine.—Paris médical.*

Traitement de la fièvre puerpérale.—Depuis quelques années, la pratique des *injections vaginales et utérines* désinfectantes est devenue la base du traitement prophylactique et curatif de la fièvre puerpérale, comme les pansements antiseptiques se sont substitués aux autres moyens préventifs contre l'infection purulente des opérés. Il y a seulement divergence dans le mode d'emploi. Ainsi certains, à l'exemple de M. le professeur Depaul, pensent que les injections vaginales, dans les cas d'endométrite puerpérale, pénètrent parfaitement dans la cavité du col utérin, à cause de la béance de celui-ci. Pour le plus grand nombre des accoucheurs, au contraire, les irrigations vaginales sont insuffisantes, et l'injection doit être pratiquée dans l'utérus lui-même, au moyen d'une canule en gomme élastique ou en caoutchouc, ou d'une sonde à double courant.

Les craintes que l'on pouvait théoriquement concevoir, au sujet des accidents que cette pratique aurait pu faire naître, s'effacent devant la statistique des grandes maternités ; M. Joanny Rendu consigne dans sa thèse que, sur un total de plus de vingt-cinq mille lavages utérins, on n'a constaté que des accidents insignifiants. Les objections qui avaient été soulevées contre les lavages intra-utérins étaient : la possibilité d'injecter du liquide dans le péritoine par les trompes; de provoquer des hémorrhagies ; de faire pénétrer de l'air dans les veines utérines et, par suite, dans les cavités cardiaques et les capillaires du poumon ; enfin de déterminer la thrombose des sinus utérins par suite de l'introduction dans ceux-ci de liquide coagulants. L'inanité des trois premières objections est aujourd'hui démontrée ; la dernière ser toujours écartée si l'on a la précaution de n'employer que des solutic

étendues, détersives et antiseptiques, et non pas styptiques et coagulantes. L'opération sera toujours exempte de dangers si le col de l'utérus est assez dilaté pour permettre la sortie des liquides injectés, si on n'a pas injecté d'air avec le liquide, si l'injection a été poussée lentement et sans violence, si le liquide n'est ni trop caustique, ni trop astringent, et si sa température est un peu moins élevée que celle du corps, enfin si l'accoucheur exécute toujours l'injection lui-même et ne la confie jamais à des mains inexpérimentées.

En revanche, les bénéfices obtenus par ces injections sont incontestables. Si on les a pratiquées dès que les lochies sont devenues fétides et que les accidents fébriles se sont montrés, au bout de deux ou trois jours, les lochies perdent leur fétidité et la température ne tarde pas à s'abaisser de 40° à 38° et même 37°, après quelques injections ; le sommeil revient, des sueurs parfois abondantes sont suivies d'une sensation de bien-être accusée par la malade. Un abaissement de température considérable ne doit pas suffire pour rassurer, tant que les lochies restent odorantes et que les observations thermiques varient beaucoup entre le matin et le soir ; il faut une apyrexie persistante de deux ou trois jours et des lochies normales, pour écarter toute crainte de résorption,

Quant à la nature du liquide à employer pour pratiquer les injections vaginales et utérines, elle varie suivant les accoucheurs. Le plus grand nombre préconisent les *injections phéniquées à* 20 p.100 : une solution plus concentrée, à 5 p. 100, est caustique, et doit être rejetée, car son usage peut être suivi d'accidents nerveux réflexes, dyspnée, convulsions, pouls filiforme, menaces de syncope, ou simplement d'urines noires avec tendance au collapsus, attestant un certain degré d'intoxication phéniquée.

L'acide salicylique, le permanganate de potasse sont aussi très employés ; le dernier a l'inconvénient de tacher d'une façon indélébile les linges et les pièces de literie. On a encore utilisé la teinture d'iode et le perchlorure de fer à petites doses.

Mais il faut se garder de croire que l'on a tout fait pour le bien des malades qui présentent des symptômes de puerpérisme infectieux, en désinfectant les liquides utéro-vaginaux ; l'expérience des praticiens les plus renommés nous apprend qu'il faut instituer un traitement à la fois général et local, pour combattre à la fois le poison dans l'organisme où il a pénétré, et ses localisations sur les organes.

Le *traitement général* comprend l'administration des toniques les plus énergiques, l'alcool, l'extrait de quinquina, et les médicaments antiseptiques et antipyrétiques ; aucun ne vaut mieux, croyons-nous, que le sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour au minimum, et qu'on poussera jusqu'à deux grammes sans inconvénients. M. Siredey emploie l'acide phénique.

Comme stimulant dans les cas de puerpérisme adynamique, nous ne saurions trop recommander de petites injections hypodermiques d'éther, faites par quart de seringue de Pravaz, et répétées plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Quand c'est la forme péritonitique ou métro-péritonitique que l'on voit apparaître, le *traitement local* antiphlogistique est parfois suivi d'admirables résultats : sangsues ou ventouses scarifiées sur l'abdomen, vésicatoire volant très ample, mais fortement camphré, pour éviter tout

accident de cantharidisme, onctions avec la pommade mercurielle belladonée, ou applications permanente d'un sac de caoutchouc plein de glace pilée sont d'excellents moyens.

Lorsqu'un état nettement saburral de la langue existait, j'ai vu M. Hervieux administrer successivement un émétique et un purgatif salin, et toujours le résultat était favorable.

On devra chercher aussi à provoquer une diaphorèse et diurèse constantes, bien que modérées, afin de hâter l'élimination de l'agent infectieux par tous les émonctoires, sans cependant affaiblir trop l'organisme.

Enfin il faut toujours entretenir une aération active, et sans exposer bien entendu la malade à des courants d'air, la placer dans une pièce vaste, cubant le plus d'air possible, sans rideaux à son lit, afin qu'elle ne respire pas à nouveau l'air vicié par ses expirations, et l'odeur de ses sécrétions.—*Concours médical.*

Troubles oculaires pendant la grossesse et l'accouchement.—Les altérations de l'organe de la vision dans le cours de la grossesse sont relativement assez fréquentes, bien qu'on n'ait pas fait jusqu'ici de statistique à cet égard, car bien souvent elles restent inaperçues. M. le docteur Métaxas les a passées en revue dans sa thèse et en a fait une étude intéressante.

Les ulcères de la cornée sont au nombre des accidents qu'on peut voir se produire. Ils peuvent provenir d'une cause quelconque ou bien survenir spontanément. Ils sont observés le plus souvent sur des femmes faibles et délicates, et le meilleur des traitements à leur égard se résume en deux mots : repos et toniques. Pendant la lactation, chez les femmes qui sont considéralement affaiblies,une petite érosion peut amener une inflammation très intense de la cornée, et si l'affection est traitée inopportunément, il peut en résulter un hypopion. On peut voir encore, comme à la suite de la suppression des règles, ainsi que le docteur Daguenet en a cité un cas, la suppuration des deux cornées.

L'iritis gravidique a été signalée par M. Galezowski.

L'asthénopie accomodative, déjà indiquée par Desmarres père, attribuable à une fatigue du muscle ciliaire, est beaucoup plus fréquente. La malade se plaint, tandis que sa vue était auparavant parfaitement bonne, que depuis sa grossesse elle ressent des douleurs chaque fois qu'elle essaye de lire ou de coudre, que son œil s'injecte de sang, et qu'il s'écoule des larmes abondantes. L'affection est surtout marquée chez les hypermétropes, la contraction du muscle étant plus forte encore pour la vision rapprochée. Les toniques, l'exercice, la strychnine à petites doses constituent les meilleurs moyens à employer dans cette affection.

On a signalé également l'irido-choroïdite suivie de la suppuration du globe oculaire, ainsi que le glaucome hémorrhagique.

La rétinite peut se montrer dans deux conditions différentes: tantôt elle est en rapport avec l'albuminurie et présente les mêmes caractères que la rétinite albuminurique; tantôt la rétine est le siège de suffusions sanguines sans qu'il y ait d'altération rénale. Ces variétés de rétinite peuvent d'ailleurs s'améliorer et même guérir.

Dans certains cas encore on voit survenir de l'hémiopie ou des

scotomes sans qu'on rencontre de lésions ophthalmoscopiques qui puissent les expliquer ; ils doivent être rattachés alors à des lésions encéphaliques ou à un simple trouble du système nerveux cérébral.

L'amaurose enfin peut se montrer chez les femmes enceintes, mais dans des conditions variées. Chez quelques-unes, elle peut se montrer à la suite de l'éclampsie. Elle éclate alors en général subitement, ou est aperçue au sortir d'un état comateux et s'accompagne de photopsie, de mydriase, de céphalalgie ou de douleur. Le rétablissement complet de la vue a lieu de six jours à quelques semaines après l'accouchement. Un fait remarquable dans cette forme d'amaurose est qu'elle peut se répéter à chaque grossesse. M. Litzman rapporte un cas dans lequel, pendant neuf grossesses consécutives, l'urémie se révéla sous la forme grave de convulsions et d'amaurose. Santesson cite aussi le fait d'une femme atteinte d'amaurose complète des deux yeux pendant les cinq derniers mois de huit grossesses successives et dans un laps de dix années. Après chaque délivrance, elle récupérait complètement lc vue, mais chaque grossesse la rendait de plus en plus faible et elle tardait davantage à se remettre.

La grossesse, enfin, peut exercer une certaine influence pour oblitérer les canalicules lacrymaux, le sac lacrymal ou le canal nasal ; mais, lorsqu'une de ces conditions existe, l'inflammation peut se développer dans le sac et produire une dacryocystite suppurée. Il serait difficile de trouver la raison de la fréquence très grande des affections des voies lacrymales se développant soit avant, soit après l'accouchement. Le larmoiement simple est la forme la plus fréquente que l'on rencontre chez les femmes après la délivrance ; il se déclare ordinairement chez ces malades d'une manière instantanée et sans être précédé d'aucun signe précurseur ; peu à peu il devient très intense et se transforme en une dacryocystite si l'on n'intervient pas ; il porte plus fréquemment sur l'œil gauche seul. Le traitement ne diffère en rien du traitement ordinaire.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

Vomissements incoercibles de la grossesse guéris instantanément au moyen des irrigations d'éther sur l'épigastre, par le Dr. A. Galcedan.— Il s'agit d'une jeune femme primipare d'une faible constitution, ayant de fréquents vomissements depuis le second mois de la grossesse. Au cinquième mois, les vomissements devinrent plus persistants et s'accompagnèrent, dans l'intervalle, de nausées, d'évanouissements et de malaise général. En quelques heures, ils devinrent si fréquents qu'ils se succédaient sans interruption, provoquant des syncopes, une prostration absolue des forces, du bruit dans les oreilles, du refroidissement de la peau, des sueurs froides et abondantes, un pouls fréquent et filiforme, etc. La vie était manifestement en danger.

Les moyens les plus variés furent mis en usage sans résultat. On essaya, tour à tour, les antispasmodiques (éther, valériane, musc), les opiacés, le chloral, les boissons gazeuses et glacées, etc.

Vers le soir, on convint d'essayer les irrigations d'éther sur l'épigastre.

L'effet fut instantané ; une seule irrigation suffit pour couper court aux vomissements. La malade fit quelques profonds inspirations, disant qu'elle était guérie et qu'elle se trouvait parfaitement. — *Paris médical.*

FORMULAIRE.

Asthme.—*Huchard.*

℞.—Pot. iodid..... ℥ii
Tinct. lobeliæ..... } ãã
Tinct. polygalæ..... } ʒii
Extract. opii..... gr iss
Aq. destill ad..... ℥viii

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe matin et soir.

Dyspepsie.

℞.—Rhæi. cont..... ʒii ss
Gentianæ. cont..... } ãã
Cardamom. cont..... } ʒii
Aquæ..... ℥vi
Spt. vini gall..... ℥ii

M.—Faites macérer 48 heures. Filtrez, puis ajoutez une drachme de carbonate de potasse.

Dose : Une cuillerée à soupe, trois fois pas jour, une demi-heure avant les repas.—*Quart. Compend of Med. Science.*

Gonorrhée.

℞.—Zinci sulph..... } ãã
Extr. belladon..... } gr xx
Mucilag. acaciæ ..... ℥i
Aquæ ad ..... ℥viii

M.—Une cuillerée à thé en injection. En même temps on pratique des frictions sur le périnée au moyen d'un onguent d'opium et belladone.—*Canada Lancet.*

Hémorrhoides.—*L. Duval.*

℞.—Pommade camphrée..... ℥i
Poudre de noix de galle..... } ãã
Extrait de Saturne..... } ʒii
Extrait de belladone..... gr vi

M.—Pour faire des onctions de 2 à 4 fois par jour, selon la gravité de l'affection.—*Rev. de thérap. méd. chirurg.*

Goutte.—*Scudamore.*

℞.—Magnes. sulph..... ℥ss
Magnes. ustæ..... ʒiss
Syrup. simpl..... ℥i
Aq. menth virid..... ℥v
Vin. colchici..... m xl

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les trois ou quatre heures —*Quart. Compend of Medical Science.*

Hyperidrose des pieds.—*Duhring.*

℞.—Oléate de zinc..... ℥ii
Amidon..... } ãã ℥iii
Talc.....

M.—En saupoudrer les pieds qu'on aura préalablement lavés à la teinture de belladone.—*N.-Y. Med. Record.*

Séborrhée.—*G. H. Fox.*

1° ℞.—Sulphur. lot..... part 8
Balsam peruv..... " 2
Petrolat..... " 40

M.—Usage local.

2° ℞.—Zinci sulph..... part 3
Pot. sulph..... " 3
Spt. vini..... " 10
Aq. rosæ..... " 100

M.—En applications au coucher.—*Nashville Journ. of Med. and Surg.*

Eczéma.—*Dr H. E. Dykeman.*

℞.—Hydrarg. chlorid. mit..... gr xxx
Adipis..... ℥i

M.—Faites un onguent. Usage local.

Urticaire.—*Dr. J. B. Johnson.*

℞.—Ammon. bromid..... ℥ii
Aquæ..... ℥vi

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Alopécie.—*Dr. Rose.*

℞.—Ammon carb..... ℥i
Tr. capsici..... ℥i
Spt. vini..... } ãã ℥i
Glycerinæ.....
Aq. rosæ..... ℥viii

M.—En lotions, matin et soir.

Prurit localisé.—*Duhring.*

℞.—Ung. cetacei..... ℥i
Hydrarg. chlorid. mit..... ʒss
Extr. belladon..... ʒi

M.—Usage local.—*Canadian Practitioner.*

Poudre escharotique.—*Esmarch.*

℞.—Acide arsénieux..... 1 partie
Sulfate de morphine..... 1 "
Calomel..... 8 parties
Poudre d'acacia..... 48 "

M.—A appliquer sur les tumeurs superficielles, verrues etc., ayant soin de mettre, au préalable, la surface à nu au moyen d'un bistouri ou d'un vésicatoire.—*Southern Practitioner.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1884.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait reti ré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

AVIS DE L'ADMINISTRATION.

Plusieurs abonnés, en retard de deux années ou plus avec l'administration du journal, restent sourds à toute réclamation et n'accusent pas même réception de nos lettres.

L'expérience nous a prouvé que souvent tel abonné qui est d'un flegme stoïque en face de nos humbles demandes réitérées avec patience, devient violent et irritable à l'extrême quand nous donnons une forme pratique à nos procédés de collection.

Pour éviter tout ennui et rester de part et d'autre dans les bornes d'une aimable modération, nous conseillons à nos abonnés de payer leur abonnement annuel.

C'est notre droit de le demander et nous nous en prévaudrons.

L'affaire Lynam et les asiles d'aliénés.

On a, dans ces derniers temps, fait beaucoup de bruit autour du nom d'une dame Lynam internée à l'Asile de la Longue-Pointe comme aliénée. A la prière du Sieur Lynam, son mari, cette dame avait été, préalablement à son admission à l'asile, examinée par des médecins qui s'étaient prononcés pour l'aliénation mentale. Un des amis de la dame croyant devoir mettre en doute la justesse de ce diagnostic, a

réussi à provoquer, à ce sujet, une enquête judiciaire au cours de laquelle un certain nombre de médecins ont, après examen, déclaré que cette prétendue aliénée était en pleine possession de son intelligence et qu'on devait la mettre immédiatement en liberté. A cette opinion s'est rangé le médecin résident de l'asile. D'autres, en plus petit nombre, ont affirmé que dans leur âme et conscience, ils croyaient la dame Lynam aliénée, et que par conséquent il n'y avait pas lieu de lui donner son *exeat*. Le médecin visiteur officiel de l'asile, M. le Dr Henry Howard, était, entre autres, de cet avis.

Ces contradictions des médecins, jointes au verbiage des avocats, n'ont pas peu contribué à embrouiller les choses. Aussi l'hon. juge Jetté, qui présidait la cour, a-t-il cru devoir confier le cas à un expert, M. le Dr Vallée, de Québec, avec instruction de faire rapport. L'affaire en est là pour le moment, et il est plus on moins difficile d'en prévoir le résultat final.

Il y a dans toute cette affaire plusieurs points à éclaircir. Un, entre autres, sur lequel il sera besoin de jeter quelque lumière est le suivant: Comment a t-il pu se faire que cette femme, supposant le cas où elle ne serait pas aliénée, ait nonobstant été internée sur certificats de médecins, et ait continué de l'être en dépit du diagnostic de *non-folie* portée par le médecin résident de l'asile? Puisqu'il y avait conflit d'opinion entre le médecin visiteur et le médecin résident, comment s'est-il fait que personne ne l'ait su avant l'enquête, et que les autorités n'en aient pas été averties plus tôt? A qui appartenait-il, en réalité, de faire cette déclaration? Sur qui le blâme doit-il être jeté?

On se plaint beaucoup, parfois, dans le public, de l'extrême difficulté qu'il y a à faire admettre les aliénés dans un asile, vu les nombreuses formalités légales à remplir. Il faut employer plus d'une journée, et la plupart du temps plus d'une semaine en marches et démarches, promener souvent le malade de cour en cour, de l'hôpital à la prison etc., avant que d'obtenir du gouvernement l'ordre d'admission à la maison de santé. Ces retards et ces difficultés, si regrettables qu'ils puissent être, ne sauraient entrer en ligne de comparaison avec le peu de soin que l'on accorde bien souvent à l'examen médical de l'individu soi-disant aliéné.

Aux termes de la loi, cet examen peut être fait par tout médecin licencié, si peu compétent qu'il puisse être. Malgré le respect et la considération que nous avons pour nos confrères, nous ne pouvons croire que tous soient également compétents à juger de l'état mental d'un sujet soupçonné de folie. Nous concevons que, en de certains cas bien évidents, bien palpables, le diagnostic de folie soit des plus faciles à poser et que le premier praticien venu puisse le faire. Mais des cas surviennent qui présentent de réelles difficultés, et au sujet desquels un spécialiste seul pourrait se prononcer surement. Nous en avons eu une preuve dans le cas de la dame Lynam. Ici le diagnostic ne devait pas être des plus faciles puisque le médecin visiteur et le médecin résident de l'asile, tous deux censés être compétents en la matière, ont différé d'opinion à ce sujet, Il est permis de croire qu'un médecin ordinaire n'y eut vu que du feu.

La première mesure à prendre pour faciliter et assurer l'admission, à l'asile d'aliénés, de toute personne atteinte de folie, doit donc être *l'examen de cette personne par des aliénistes compétents.* Sans cela, on

s'expose à voir l'affaire Lynam se répéter un plus ou moins grand nombre de fois, au détriment de la liberté individuelle et de la justice.

Mais si, d'un côté, il faut prendre de grandes précautions pour éviter le danger de déclarer aliénés et de traiter comme tels des individus sains d'esprit, d'un autre côté il importe, advenant le cas de folie, de donner aux malheureux qui en sont frappés tout le traitement qui convient à leur état.

Nous n'entreprendrons pas de discuter ici les divers modes de traitement des aliénés; nous laissons aux spécialistes cette tâche plus ou moins difficile. Qu'on nous permette de dire seulement qu'en principe nous sommes peu en faveur de l'affermage des asiles d'aliénés, soit à des individus, soit même à des corporations, religieuses ou laïques. A notre sens le gouvernement lui-même devrait prendre la haute direction des institutions de ce genre et en faire sa propre affaire, même si cela devait coûter à la province quelques milliers de piastres de plus. Le traitement des aliénés n'est pas une chose sur laquelle on doive lésiner.

L'espace nous manquant aujourd'hui, nous nous réservons de continuer dans une livraison subséquente, l'examen de cette question importante. Nous profiterons de l'occasion pour examiner la lettre que M. le Dr Hack Tuke, de Londres, a adressée, sur la question qui nous occupe, au rédacteur du *Canada Medical and Surgical Journal*, lettre qui a fait le tour de la presse et qui a si fort ému les esprits. Le Dr Tuke peut être, en ce qui concerne certains détails assez secondaires, influencé par des préjugés de race et de croyance, mais au fond, il a touché la véritable note, et mis le doigt sur le point le plus faible de notre système de traitement des aliénés.

Falsification des aliments et des médicaments.

Nous avons là, sous les yeux, " l'Acte concernant la falsification des aliments et des médicaments " tel qu'adopté à la dernière session du parlement fédéral, et nous estimons qu'il devra être d'un grand avantage pour le public, si on peut seulement en presser vigoureusement l'exécution. Il est bien probable que l'on s'occupera tout d'abord de l'adultération des denrées alimentaires, boissons, etc., et que les inspecteurs-analystes auront là amplement de quoi s'occuper. Si nos informations sont bonnes, le thé, entre autres, est abominablement falsifié, et la quantité de thés de qualité très inférieure (et conséquemment vendus à bas prix,) que l'on a réussi à introduire dans nos campagnes est réellement énorme. Heureusement que le thé vert, si apprécié naguère de nos cultivateurs, cède rapidement la place au thé non coloré du Japon. On nous informe aussi que des thés de qualité inférieure, et indubitablement falsifiés sont achetés par quelques unes de nos institutions publiques. C'est là un point des plus importants, et nous attirons spécialement l'attention de nos analystes sur les marchands qui ne rougissent pas de se livrer à semblable trafic.

Les épices, telles que le poivre, le clou de girofle, la cannelle etc sont, nous dit-on, falsifiées dans la proportion de la moitié de leur poids, et il est devenu actuellement impossible à Montréal de se procurer une quantité quelconque de poivre noir moulu *pur*. La crême de tartre est

également falsifiée sur une grande échelle au moyen de terre blanche, d'alun, de phosphate acide de chaux, et se vend en détail, chez quelques uns de nos épiciers, à un prix inférieur au prix de revient de la matière première.

Quant aux médicaments eux-mêmes, il n'y a pas de doute que la compétition a eu pour effet d'en amener l'adultération, surtout pour certaines préparations pharmaceutiques, telles que les teintures et les extraits fluides (1), cependant, il ne parait pas que cette sophistication se pratique sur une bien haute échelle dans notre province, et le meilleur moyen de l'empêcher est de faire pour ainsi dire appel à l'honneur même du droguiste en lui demandant un article pur, ayant le degré de force *officinal*, et de ne pas hésiter à payer un prix en rapport avec la valeur réelle de l'article. Celui qui va de pharmacie en pharmacie, cherchant partout à se procurer un article à aussi bonne composition que possible, se trouve par là même à offrir pour ainsi dire une prime à la sophistication.

L'achat et la vente des médicaments est une affaire de confiance mutuelle entre le vendeur et l'acheteur. Il est pratiquement impossible de soumettre à l'analyse et aux réactifs tout ce que nous achetons, or il est, selon nous, extrêmement difficile de découvrir, par exemple, une addition de 20 p. 100 d'eau à une teinture, ou encore d'indiquer la proportion exacte de quinine dans le premier échantillon venu de citrate de fer et de quinine. Nous dirons donc aux confrères : n'ayez affaire qu'à des pharmaciens bien posés et dont la réputation n'est plus à faire (et il y en a beaucoup comme cela à Montréal) et ne lésinez pas sur le prix. Prenons pour exemple le citrate de fer et de quinine. Il existe, à notre connaissance, diverses qualités de cette préparation, que nous pouvons nous procurer à 33 centins l'once. Il est évident pour tous que si un droguiste met en vente un article dont la formule et la force ne répondent pas à celles indiquées dans la Pharmacopée Britannique, son intention doit être de frauder le client.

Les médicaments qui sont les plus sujets à être adultérés sont la la crême de tartre, l'iodure de potassium, la morphine, le baume de copahu, la scammonée, la poudre de rhubarbe et celle de quinquina et plusieurs autres. On nous a dernièrement mis en garde contre la sophistication du tartre émétique par l'acide oxalique, sophistication dont se rendraient coupables les fabricants allemands.

Nous le répétons, les médicaments adultérés ne sont pas importés ici en bien grande quantité. Si peu qu'ils le soient, c'est déjà trop assurément. Au reste, en général, les drogues que l'on nous offre à un bon marché excessif doivent *primâ facie* être soupçonnées d'adultération.

Tous les médicaments d'importation étrangère devraient être examinés à la douane, par des analystes compétents, comme la chose se pratique à New-York. Ici nos analystes officiels nous semblent jouir du degré de compétence voulu. Entre leurs mains, le *bill* de l'hon. Dr Paquet, recevra, nous l'espérons, une application aussi impartiale que judicieuse.

Mais il ne devra pas suffire d'examiner scrupuleusement les articles importés de l'étranger. Il faudra aussi soumettre à l'analyse la plus

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, vol. XIII p. 238.

rigoureuse nos produits indigènes. Un assez bon nombre d'articles de première importance sont fabriqués au milieu de nous, v.g. le chloroforme, l'éther, l'extrait fluide d'ergot, etc. Le public médical sera anxieux de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur réelle de ces produits qu'on nous assure être d'une qualité égale sinon supérieure à celle des produits étrangers.

L'Hopital Notre-Dame.

Le quatrième rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame, que nous venons de recevoir, accuse en faveur de cette institution un remarquable progrès sur les années dernières. Le nombre des malades admis durant l'année a été de 1089, ce qui, joint aux 41 malades restant à l'hôpital à l'expiration de l'année précédente (30 juin 1883), forme un total de 1130 patients traités durant l'année. Sur ce nombre, sont sortis guéris: 602; améliorés: 288; non-améliorés: 124; morts à l'hôpital: 59; restaient au 30 juin 1884: 59. Au dispensaire général on a donné des soins à 3515 malades, et à 1026 au dispensaire pour les affections des yeux et des oreilles. Le tout forme un grand total de 5671, soit un surplus de 1550 sur l'année 1882-83' et de 3021 sur la première année (1880-81).

Le nombre de lits dans les salles publiques a été augmenté, de même que le nombre des chambres privées, celui-ci étant actuellement de seize.

Comparé à celui de l'année dernière, le tableau des maladies et accidents traités à l'hôpital en 1883-84 présente quelques différences notables. Le rhumatisme articulaire aigu et sub-aigu a été beaucoup plus fréquent. Les cas de syphilis ont augmenté du double. Il en est de même des cas d'alcoolisme aigu, de tuberculose pulmonaire et de pneumonie. Comme on peut le voir par les chiffres qui précèdent, la proportion des morts a été de un peu plus de 5 p. 100. Nous remarquons, entre autres, 3morts par fièvre typhoïde, 2 par débilité sénile, 1 cas de méningite, 1 de delirium-tremens, 2 d'hémorrhagie cérébrale, 3 de myélite, 6 d'affections vulvalaires du cœur, 1 de péricardite, 16 de phthisie pulmonaire, 5 de pneumonie, 1 de déchirure du foie, 1 de mal de Bright, 2 de kystes de l'ovaire, 1 de cancer utérin, 1 de fracture du crâne, 1 de fracture du bassin, et 2 de blessures par arme à feu.

Le tableau classifié des maladies nous fait voir quel soin l'on a apporté à la détermination exacte du diagnostic. Mais tout en constatant la grande variété des cas traités à l'hôpital Notre-Dame, nous ne pouvons qu'exprimer le regret que les rapports de la plus grande partie de ces cas ue soient pas mis sous les yeux du public médical. Les quelques leçons cliniques que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir publier parmi nos travaux originaux ne représentent guère qu'une partie de l'abondante cueillette qu'il y aurait à faire dans le champ scientifique que l'on semble si bien cultiver à Notre-Dame. Aussi espérons-nous voir nos chefs de clinique se mettre à l'œuvre et nous faire une part aussi large que possible de la moisson dont ils sont les heureux ouvriers.

Au point de vue financier, l'hôpital Notre-Dame se trouve actuellement dans une position très prospère. Grâce à l'aide que lui a apporté

la *Kermesse*, plus du tiers du prix d'achat de la propriété a été payé, et diverses améliorations urgentes ont été faites. Nous croyons savoir que l'on est actuellement à prendre les mesures nécessaires pour l'installation d'un musée d'anatomie pathologique. Ce ne sont certes pas les matériaux qui manqueront.

Pour nous, le succès de l'hôpital Notre-Dame n'a jamais présenté le moindre doute, et aujourd'hui plus que jamais nous croyons à l'avenir de cette institution. Il est pénible d'avoir à le constater, l'hôpital a eu ses détracteurs et ses adversaires, en petit nombre il est vrai, qui en ont bien cordialement souhaité la ruine et qui n'ont pas rougi de s'y employer d'une façon aussi active que déloyale. Cette petite lutte n'a servi qu'à affermir davantage sur ses bases une œuvre qui rend actuellement de si importants services. Au reste, le public montréalais aime l'hôpital Notre-Dame et il le prouve bien en permettant aux amis de cette institution de s'adresser à lui et de mettre largement à contribution sa généreuse libéralité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BELL (Clark) Esq. — *Madness and crime.—A paper read before the* Medico Legal Society *of New York, september* 24, 1884. — *Reprint from the Medico Legal Journal.*

Quatrième rapport annuel de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, année 1883–84—1 vol. in-12, p. p. 40.—Montréal, Beauchemin et Valois libraires-imprimeurs—1884.

Physician's Visiting List, 1885.—(LINDSAY and BLAKISTON'S).—Nous ne saurions trop conseiller à nos lecteurs de se procurer ce petit livret qui leur rendra de réels services dans la pratique de chaque jour. Les cahiers sont de petit format (in-12) d'épaisseur variable, et arrangés sous forme de calendrier ou almanach, de manière à ce que le praticien puisse y enrégistrer les noms, résidence, etc. de 25, 50, 75 ou 100 malades par semaine, le nombre de visites faits et à faire, les consultations, etc. pour chaque jour de l'année. Des pages blanches spéciales sont réservées pour les adresses des malades, gardes-malades ou autres, les comptes envoyés, les engagements pris à l'avance pour accouchements, etc. Au cahier sont annexées diverses informations générales d'une utilité journalière : liste des différents poisons et leurs antidotes, une table très complète indiquant les doses de tous les médicaments et de leurs préparations, une liste des remèdes les plus nouveaux, etc. Le tout constitue un aide mémoire très portatif et des plus commodes.

La partie matérielle de l'ouvrage ne laisse rien à désirer. Reliure élégante en cuir de couleur, typographie très nette, papier de qualité supérieure, crayon monté en nickel. Dans le genre, c'est ce que nous avons vu de mieux. Ceux de nos abonnés qui désirent se le procurer, peuvent s'adresser à P. Blakiston, Son & Co. 1012 Walnut St. Philadelphia U.-S.

NOUVELLES MEDICALES.

Notre jeune ami M. le Dr J. W. PRÉVOST est de retour de Paris depuis la mi-octobre.

—M. H. Vanderbilt, le millionnaire new-yorkais, vient de faire cadeau au *College of Physicians and Surgeons of New York*, de la somme de $500,000.

—On dit que la *Therapeutic Gazette* va bientôt se publier à Philadelphie et que M. le prof. Horatio C. Wood, de l'Université de Pensylvanie, en deviendra le rédacteur en chef.

—Le directeur de l'Assistance publique à Paris, M. Ch. Quentin, a donné sa démission qui a été acceptée par le ministre de l'intérieur. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne regretteront guère l'ex-directeur qui a su se rendre des plus impopulaires et dont les mesures vexatoires sont connues de nos lecteurs.

—Le *Journal des sciences médicales de Lille* nous apprend que la ville d'Auxerre qui, la première, avait chassé les Sœurs du chevet des malades et transformé son Hôtel-Dieu en hospice laïque, vient de trouver qu'elle en a assez de la laïcisation. La commission administrative de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre a tout récemment adopté à l'unanimité le remplacement des infirmiers et infirmières laïques par des Sœurs.

—M. le Dr Osler a accepté la chaire de clinique médicale qui lui avait été offerte par l'Université de Pennsylvanie, et est parti le 10 octobre dernier pour aller prendre son poste. Avant le départ du Dr Osler ses amis lui ont offert un dîner à l'hôtel Windsor. Le 31 octobre le Dr Carl Seiler a donné, à Philadelphie, en l'honneur du nouveau professeur, une réception qui a réuni plus de 200 invités.

Le " Journal d'Hygiène Populaire."—M. le Dr DESROCHES vient d'acquérir la propriété de ce journal. Il sera, dans la publication de cette intéressante revue, assisté d'un comité de collaborateurs. Nos meilleurs souhaits de succès.

Université de Heidelberg.—Un habitant de Heidelberg a offert à l'université de cette ville la somme de 100,000 marks, à condition que désormais les femmes soient admises à suivre les cours des différentes Facultés. Le sénat de l'université a refusé ce don, ne croyant pas devoir consentir à l'innovation demandée.

Société médicale de Montréal.—Cette société a repris le cours de ses séances le 17 octobre. Ont été élus officiers pour l'année 1884-85 :

Dr N. FAFARD, Président; Dr J. I. DESROCHES, 1er Vice-Président; Dr A. A. FOUCHER, 2me Vice-Président; Dr H. E. DESROSIERS, Secrétaire-Trésorier; Dr I. CORMIER, Assist-Secrét-Trés.

Comité de Régie : Drs A. LAMARCHE, L. DUQUETTE, A. LAPORTE, A. TRUDEL et L. J. V. CLÉROUX.

Hopital Notre-Dame.—M. le Dr A. JOYAL, interne à l'hôpital Notre-Dame est parti dernièrement pour Paris où il se propose de suivre les hôpitaux et les cours de la Faculté. En conséquence de ce départ, M. le Dr A. DAVID, ci-devant assistant interne, a été nommé médecin interne, et deux places d'assistants internes ont été créées et mises au concours. Ce concours a eu lieu le 25 octobre. Sont sortis victorieux : MM. Gaston SMITH, M. B., et Joseph HOULE, M. B.

La St. Luc.—MM. les élèves de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal (Faculté de médecine de l'Université du Collége Victoria de Cobourg), ont, le 23 octobre, célébré avec la pompe accoutumée la fête de leur patron, St Luc. La messe a été chantée à Notre-Dame par M. l'abbé Tallet, chapelain de l'Hôtel-Dieu.

Tous les professeurs de l'Ecole y assistaient, ainsi que l'Hon. F.-X. A. Trudel, directeur de l'*Etendard*, les sénateurs Bellerose et Laviolette, aire Beaudry etc.

Un nouvel enseignement pratique de l'anatomie pathologique à l'Hotel-Dieu de Paris. — La Faculté de médecine de Paris a décidé, sur la proposition de MM. les professeurs Cornil et Germain Sée, que les autopsies du service de clinique médicale seraient faites par le professeur d'anatomie pathologique, à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Bichat.

Des autopsies seront donc faites par M. Cornil devant les élèves, à l'Hôtel-Dieu, tous les jours à dix heures du matin et à la sortie de la clinique médicale, les jours de clinique.

Le choléra. — D'après les renseignements que nous fournissent l'*Union médicale* et la *Gazette des hôpitaux*, le choléra continue à être en décroissance, tant en France qu'en Italie et en Espagne. Quelques cas se seraient montrés à Paris, mais sont restés isolés. Dans les départements, le chiffre de la mortalité est des plus réduits On espère la disparition prochaine de l'épidémie. En Espagne, même décroissance. En Italie, du 8 au 14 octobre, la mortalité cholérique totale a été de 1234 cas dont 496 à Naples et 43 à Gênes.

MARIAGES.

SMITH-BUNTIN.—A Montréal, le 9 octobre, par le Révd. James Barclay, recteur de l'église St-Paul, A. Lapthorn Smith, M. D., M. R. C. S Eng., à Mademoiselle Jessie-Victoria Buntin, troisième fille de M Alexandre Buntin.

DUQUET-QUINN.—A la Longue-Pointe, le 22 octobre, E. E. Duquette, M. D., de la Longue-Pointe, à Mlle Rosie A., fille de feu Edward Quinn.

BARIL-CODERRE.—A Montréal, le 28 octobre, G. E. Baril, M. D., d'Hochelaga, à Mademoiselle Zéphyrine Coderre, fille aînée de M. le Dr J. Emery Coderre.

NAISSANCES.

PHENIX.—A St-Sébastien, le 19 septembre, la dame du Dr T. Phénix, une fille.

BOUCHER.—A St-Dominique, comté de Bagot, le 9 octobre, la dame du Dr Ls G. E. Boucher, un fils.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude de la Trichophytie ;

par Arthur DeBlois, M D.L. (1)

Traitement.—Le traitement des affections parasitaires du cuir chevelu constitue l'une des parties les plus délicates et les plus embarrassantes de la thérapeutique dermatologique : tous les jours de nouveaux traitements sont proposés contre ces affections ; mais ils ne peuvent être sainement appréciés que lorsque leur usage pratiqué sur une grande échelle leur a établi des effets plus ou moins concluants. Leur historique serait trop long et dépasserait le but proposé dans ce travail. Aussi, envisageant plutôt le côté clinique de la médication des teignes, allons-nous nous borner à faire connaître les médicaments dont l'usage journalier, à St Louis, a donné de bons résultats.

Pour amener la guérison d'une trichophytie des poils, il faut enlever ou faire tomber tous les poils infiltrés par le parasite. Or, l'épilation est le moyen le meilleur et le plus efficace. Il a aussi pour but de faire pénétrer les *parasiticides* dans les follicules.

Parmi les parasiticides les plus certains, nous avons les solutions de *sublimé corrosif*, de concentration différente, variant depuis 1 pour 300 à 1 pour 1000.

Bazin qui le premier a institué le mode de traitement par *épilation* avait coutume après chaque séance de faire des onctions avec l'onguent de turbith minéral au trentième. (1)

M. Laillier, tout en continuant les séances d'épilation plus longtemps que ne le faisait Bazin, dit beaucoup de bien de cette pommade.

Ce savant médecin prescrit l'épilation tant que des examens minutieux et souvent répétés revèlent la présence de cheveux cassant sous le mors de la pince épilatrice.

Vous ne devez, dit-il, (je cite de mémoire) cesser ce traitement et déclarer que la teigne est parfaitement guérie qu'après une patiente expectation. Autrement votre jugement porterait à faux et serait pour la famille du petit malade une cause de contagion. Faites raser, avec un rasoir, la chevelure d'un enfant paraissant guéri d'une tondante. Cette prescription, toute éphémère qu'elle semble être chez un malade déjà guéri, ne lui sera certainement pas intempestive, ne serait-ce que dans le but de lui faire pousser les cheveux plus vite et plus vigoureux.

Ce dermatologiste, malgré ses nombreux essais, n'encourage pas fortement le " croton tiglium." " Le plus souvent, dit-il, ce mode de trai-

(1) Suite et fin. Voir la livraison de novembre.

(2) Sulfate mercureux ou mercurique. Voici la formule de Bazin :
℞. Turbith minéral, 1 gramme.
Huile d'amandes douces, 5 grammes.
Glycérine, 5 grammes.
Axonge, 40 grammes.

tement a échoué, et plus d'une fois il nous a fallu arrêter ou modérer la dermite consécutive à son emploi ; dans quelques cas même, cette dermite a été assez intense pour laisser à sa suite des cicatrices et une alopécie définitive. Tous ces accidents ne sont pas à craindre avec l'épilation, surtout si elle est faite en plusieurs séances, et alternée d'un jour de repos."

Nous allons maintenant énumérer les parasiticides qui sont les plus employés, ayant eu le soin de parcourir les différents services des médecins, à l'hôpital St-Louis.

La teinture d'iode seule, ou incorporée dans diverses pommades donne quelquefois de bons résultats.

Le sublimé corrosif, à différentes doses, en pommade ou en lotion. Ce médicament a surtout l'avantage de n'avoir aucune odeur et de ne produire aucune coloration de la peau.

L'acide acétique, l'huile de cade, l'iodure de soufre, la cantharide en teinture ou en emplâtre (vésicatoire), sont des modes de traitement très douloureux. Néanmoins tous ces médicaments, employés avec discrétion, provoquent la chute des squames et empêchent par là même l'envahissement de la maladie.

" Aucune de ces substances dites parasiticides ne nous a paru avoir d'action spéciale." (Besnier).

Comme l'épilation est une opération douloureuse et très difficile à pratiquer, vu l'extrême fragilité des cheveux qui se cassent plutôt qu'ils ne s'arrachent, beaucoup de médecins ont voulu la remplacer par l'usage de pâtes épilatoires. Ces pâtes, outre qu'elles ne diminuent en rien la douleur qu'éprouve le malade, sont pour la plupart incertaines.

Nous concluons donc avec MM. Besnier et Laillier que le mode de traitement préconisé par Bazin, l'*épilation avec la pince*, est encore le meilleur à suivre. Ces médecins, attachés au service des maladies cutanées depuis nombre d'années, mettent en expérimentation, sur le vaste théâtre de l'hôpital St-Louis, tous les moyens nouvellement proposés pour la guérison des teignes. Ils n'hésitent pas à dire que l'épilation est le seul qui mérite de survivre à toutes ces nouveautés. Le seul moyen de limiter une plaque de trichophytie du cuir chevelu c'est l'épilation pratiquée à sa zone périphérique. L'épileur ne doit s'arrêter que quand il a rencontré une ligne où les cheveux solides ne cassent plus. Lorsqu'il y a plusieurs plaques trichophytiques, l'épilation ne peut se faire dans une seule séance. L'ordre que nous avons indiqué plus haut, celui de faire alterner chacune des séances par quelques jours de repos, durant lesquels on oint la plaque avec un onguent quelconque, v.g. pommade soufrée 1 à 2 pour 30 d'excipient, préviendra certainement la dermite qui fait quelquefois suite à ce mode de traitement. " Le médecin ne devra jamais oublier que la trichophytie du cuir chevelu ne laisse jamais d'alopécie définitive, par conséquent il ne doit jamais appliquer aucun agent capable de produire un accident qui n'est pas du fait de l'état morbide." (Besnier).—L'épilation ne doit être cessée que lorsque le microscope nous aura convaincu que les cheveux sont parfaitement indemnes du parasite. Si les squames existent en grand nombre, les lavages répétés avec du savon noir (savon noir de potasse) activent beaucoup et favorisent leur élimination. Ayant reconnu l'efficacité de ce traitement par rapport aux autres modes préconisés par les différents dermatologistes, nous croyons superflu de donner ici

les prescriptions recommandées par eux. Chaque auteur a son médicament de prédilection; pour l'un c'est l'huile de cade, tandis que l'autre proclame les vésicatoires souvent répétés; mais tous ont pour but la destruction du parasite.

II. TRICHOPHYTIE CUTANÉE OU CIRCINÉE.

Sur les parties glabres, c'est-à-dire dépourvues de poils, le *trichophyton* affecte la forme d'une tache circonscrite, circulaire, d'étendue variable, enflammée et squameuse.

L'apparence circinée est presque toujours manifeste. Il peut y avoir aussi de la démangeaison et de la rougeur.

La trichophytie cutanée apparaît sous deux formes qui ne sont qu'un degré variable de la réaction provoquée sur la peau par le champignon. Ces degrés sont l'*Erythème* et l'*Herpes circiné*.

S'il est reconnu, par le microscope, que le *trichophyton* ne présente pas un développement aussi complet dans la trichophytie cutanée que dans la teigne tondante, la contagion de cette première affection n'en est pas diminuée pour cela. Elle s'acquiert de diverses manières, soit par l'homme, cause la plus commune, soit par les animaux, alors la maladie présente un caractère beaucoup plus grave et se montre plus rebelle au traitement.

La trichophytie est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de l'extrême ténuité de la peau, et aussi en ce que l'enfant porteur d'une plaque de tondante peut facilement inoculer en se grattant sur la peau. Mais ici, contrairement à ce que nous avons vu pour la tondante, l'adolescent est assez souvent porteur d'une plaque de trichophytie cutanée. Il ne se passe pas un jour où, dans les consultations gratuites données à l'hôpital St-Louis, nous ayons à examiner de la trichophytie cutanée chez l'adulte. Dernièrement encore, dans le service de M. Vidal, nous avons vu un jeune homme de 15 ans, présentant quatorze (14) plaques trichophytiques, disséminées sur les bras et le haut de la poitrine. L'aspect circiné de l'éruption ne laissait aucun doute sur le diagnostic qui d'ailleurs a été confirmé par le microscope.

Symptômes.—Les expériences que Bouchard, de Lyon, a faites sur lui-même ont permis de connaître les altérations produites par le parasite, dès sa première manifestation.

Cette affection, d'ordinaire anodine, débute quelquefois par un léger prurit. On voit apparaître aussitôt un petit point rouge, squameux, arrondi, de forme irrégulière, mais dont les contours sont toujours nettement limités. Cette tache disparaît presque complètement sous la pression du doigt. Une légère desquamation furfuracée s'y établit bientôt. Elle a assez d'analogie avec la *poussière du son*. Sur la circonférence de la plaque, qui est pour la plupart du temps d'aspect circiné, on remarque, çà et là, quelques petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette existence, quoique éphémère, nous aide beaucoup dans le diagnostic. Un caractère important de la maladie, c'est que la tache, au fur et à mesure qu'elle se produit, paraît n'augmenter que par la circonférence; son centre se desquame, pâlit et reprend son aspect normal, de sorte que l'on voit un cercle très caractéristique, ce qui fait soupçonner que l'affection est parasitaire. Si la tache est unique le cercle sera alors très visible et complet; si au contraire il s'est produit plusieurs taches qui, par leur développement

excentrique, se sont rapprochées les unes des autres, l'éruption prend alors un aspect festonné, dû à ce que les arcs de cercles se coupent entre eux à un certain point de rencontre. Une des bizarreries de l'éruption est celle connue sous le nom d'*Herpès Iris*; une tache vieille entre en desquamation à son centre, et devient bientôt d'aspect normal; mais il s'en établit une nouvelle sur ce point déjà guéri. Les colorations qui apparaissent sur cette forme de trichophytie rappellent assez bien celles de l'arc-en-ciel.

L'étendue des plaques varie; nous en avons vu, à St-Louis, qui envahissaient tout un côté de la face. Il est certain que cet envahissement peu ordinaire de la trichophytie est sous la dépendance de certaines prédispositions, *v.g.* les diathèses; une peau fine permet l'envahissement plus grand du parasite. En général, on peut dire que les plaques trichophytiques ont une largeur qui varie de l'étendue d'une pièce de vingt centimes à la pièce d'argent de cinq francs. Arrivées à un certain état de développement, surtout si elles ne sont pas irritées par les médicaments ou par le frottement, elles restent stationnaires. La trichophytie est une maladie superficielle, épidémique, il est rare que le derme soit envahi. Son siège de prédilection est la face, la main, le dos surtout, car il sert à gratter lorsqu'il y a de la démangeaison, la nuque et l'avant-bras. Cette dernière localisation, dit M. Laillier, est surtout fréquente chez les personnes qui prennent la trichophytie des animaux, comme le font les filles de ferme, les bouviers et les vachers. Nous avons déjà mentionné en parlant de la teigne tondante que cette maladie pouvait inoculer le parasite et déclarer la trichophytie cutanée; il en est de même de cette dernière qui peut être la cause d'une teigne tondante. Enfin la trichophytie peut se déclarer partout où est transporté le parasite.

Il est cependant une région qui, affectée par le champignon, présente une altération digne de remarque; c'est la partie interne des cuisses. Hébra en a fait une maladie toute spéciale, qu'il nomme *eczéma marginé*. Plusieurs le décrivent sous le nom d'*érythème trichophytique crural*. L'eczéma marginé est-il dû au *trichophyton ?* Quoique les recherches microscopiques n'aient pas donné un résultat très concluant sur ce point là, il est tout probable qu'il est l'effet du parasite arrivé à un degré de développement moindre encore que dans la véritable trichophytie des parties glabres. Son aspect circiné et ses bords nettement limités en font à coup sûr une affection parasitaire. Cet eczéma siège d'ordinaire entre les cuisses et le scrotum, assez souvent dans l'aisselle ou entre les fesses. Son évolution est chronique, et il produit de violentes démangeaisons, de la rougeur dû au frottement de ces parties entre elles. Ce qui rend son diagnostic assez difficile, c'est qu'il est ordinairement secondaire à une autre maladie : eczéma simple, intertrigo. On l'observe le plus souvent chez les cavaliers, mais il peut exister également chez les autres individus des deux sexes. La trichophytie des parties glabres peut guérir spontanément. Cette guérison spontanée se voit même plus souvent que pour la teigne tondante.

Anatomie pathologique.—Le champignon identique qui produit la teigne et la trichophytie cutanée ne possède, en cette dernière affection, que très peu de spores à l'état libre. Les tubes de mycélium sont rectilignes ou recourbés, le plus souvent bifurqués. La segmen-

tation de leur substance intertubuleuse n'est jamais complète ; tout au plus, elle présente une rainure, indice du commencement de la formation de la spore. Le *trichophyton* est surtout visible dans les squames ; inutile de le rechercher dans les vésicules

Diagnostic.—L'aspect circiné des plaques dont les bords sont légèrement soulevés, assez pour être sentis lorsque l'on promène le doigt sur l'éruption, leur mode d'évolution et particulièrement l'examen microscopique, nous permettent de prononcer un diagnostic certain et d'ordinaire facile.

L'eczéma simple se distingue par la chronicité de sa marche et par le suintement.

Le psoriasis, par ses squames argentées et par son siége, ne peut nullement nous induire en erreur.

La syphilis, surtout cette variété de *syphilides annulaires*, serpigineuses, accident de la seconde période de l'infection véroleuse, peuvent en imposer au diagnostic. L'histoire du malade, les antécédents, et enfin le microscope lèveront le doute préconçu.

Traitement.—Il est local. Une médication tonique chez certains sujets délabrés et cachectiques aura pour effet néanmoins de hâter la guérison. Le fer, l'arsenic à petite dose avant les repas, la quinine, l'huile de foie de morue, sont des réconfortants de premier ordre.

Voici le procédé dont se sert M. Laillier pour le traitement local des plaques de trichophytie cutanée.

1° Lavage de la plaie avec le savon noir (savon de potasse), pour provoquer la chute des squames.

2° Application d'une lotion au sublimé corrosif à 200 ou 300. La teinture d'iode, dit-il, si ce n'est le grave inconvénient qu'apporte son emploi, la coloration de la peau, surtout si l'affection siége à la face et au cou, serait un bon parasiticide. Ce médicament ne peut donc être guère employé que dans les hôpitaux. En général, les parasiticites, de quelque nature qu'ils soient, réussissent beaucoup mieux dans le traitement de la trichophytie cutanée que dans celui de la teigne tondante. Nous voyons, tous les jours de consultation, divers médicaments employés pour la destruction du parasite, entre autres l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, le chloroforme, la pommade à l'acide phénique, ne laissant rien à désirer sur le résultat qu'ils produisent. Toutefois, il faut se garder, par leur emploi trop souvent répété, de produire une dermite intense, en vue des cicatrices qui peuvent en être la conséquence.

Pronostic.—La trichophytie n'ayant jamais de retentissement sur l'organisme général, n'est donc pas grave. Elle l'est plus chez l'enfant où elle peut envahir le cuir chevelu et devenir teigne tondante. L'eczéma marginé, par rapport à son siège, est plus rebelle au traitement.

III. SYCOSIS PARASITAIRE OU TRICHOPHYTIE DE LA BARBE.

Le champignon présente deux degrés différents de développement, quand il siège dans les parties velues de la face. Tantôt il se montre sous forme de poussière blanchâtre due à une desquamation épidermique exagérée. On conserve ordinairement le nom de *pityriasis alba* à ce *modus operandi* du *trichophyton*. Cette desquamation est tout au plus accompagnée d'un léger prurit et de rougeur de la peau. Les poils se cassent tout comme au cuir chevelu, et le parasite en se

développant les entoure, leur formant une espèce de manchon grisâtre d'où ils les émergent. Veut-on arracher ces poils, on voit alors qu'ils sont engainés et grossis considérablement, élément de diagnostic d'une importance majeure.

Si telle était la borne de l'altération trichophytique dans la barbe, il aurait mieux valu ne pas séparer cette altération de celle du cuir chevelu où l'aspect pityriasique est commun, mais il arrive très souvent que le champignon exerce des dégâts plus sérieux.

La *forme sycosique*, si admirablement décrite par Bazin, ne constitue pas seulement une maladie de la tige du poil, mais produit aussi une inflammation du follicule pileux. Le derme circonvoisin contribue à l'inflammation, il s'indure et prend un aspect tuberculeux caractéristique. Le follicule est alors baigné dans le pus; aussi les poils peuvent-ils s'arracher facilement ou tomber d'eux-mêmes. La marche de la maladie fait à la face ce que nous avons vu se produire au cuir chevelu par l'application de médicaments irritants et intempestifs : *Kerion Celsi.* Il y a donc une *folliculite péripilaire* et une périfolliculite symptomatique de la présence du *trichophyton* dans l'épaisseur du derme ; on est en pleine période tuberculeuse ou sycosique de la trichophytie. Quelquefois l'inflammation gagnant en profondeur devient assez intense pour donner naissance à de petits furoncles.

Au début, le sycosis est à peu près semblable à la trichophytie cutanée, il n'en diffère que par son siège et que dans sa période ultime. L'aspect circiné, la rougeur lui sont tout aussi communs que dans l'affection des parties glabres. Le parasite a une marche plus envahissante ; il ne se localise pas à l'épiderme, mais déclare une dermite parsemée de petits points jaunâtres qui laissent écouler un pus glaireux. Cette affection ressemble à la surface d'une figue que l'on aurait coupée par son milieu.

Les endroits favoris du sycosis sont le menton, le cou et la région maxillaire. La lèvre supérieure et les parties supérieures de la joue sont plus rarement atteintes. (Duhring.)

La marche de l'affection est ordinairement chronique. Abandonnée à elle-même elle peut rester stationnaire ou s'étendre selon les circonstances.

Etiologie.—Nous ne répéterons pas ici les altérations produites par le *trichophyton,* dans les poils, puisqu'elles sont identiques à celles que nous avons étudiées dans les cheveux.

Le sycosis parasitaire est une affection très rare; son agent de transmission, par excellence, est le rasoir du barbier. M. Laillier (*loc. cit.*) résume en peu de mots comment se fait l'infection.

Un homme, dit-il, se fait raser chez un barbier qui par mégarde lui fait une légère entaille ; la plaie se cicatrise lentement, se reproduisant à la séance suivante faite chez le barbier. Sur la coupure il se fait une petite croûte que le malade arrache de temps en temps ; la plaie persiste, et le tissu dermique et sous dermique participe bientôt à l'inflammation; il s'indure et on a d'emblée la période sycosique. La plaie produite par le rasoir étant devenue un terrain favorable à l'évolution du champignon déposé par cet instrument. Bientôt, par suite de grattages, de nouvelles inoculations se font dans le voisinage ; la face et le menton sont alors le siège d'une trichophytie de la barbe.

Anatomie pathologique.—Le microscope nous révèle les mêmes alté

rations que dans la teigne tondante mais à un degré plus sérieux. Le développement qu'acquiert le *trichophyton* dans le sycosis tiendrait le milieu entre celui étudié plus haut à propos des deux autres modalités ; il y a plus de tubes de mycélium que dans la teigne tondante et plus de spores que dans l'affection cutanée.

Diagnostic.—Le plus difficile à établir est celui entre le *sycosis non parasitaire.* La rugosité, l'inégalité des tubercules, les nodosités ne se rencontrent que rarement dans cette affection, où les poils sont sains et s'arrachent difficilement. N'avons-nous pas, comme moyen ultime, l'examen microscopique pour vérifier la nature parasitaire de l'affection? Le sycosis non parasitaire reconnaissant pour causes, il est vrai, les mêmes que celles du sycosis parasitaire, moins le parasite, n'est jamais contagieux; l'inflammation dermique n'est pas secondaire comme dans l'affection parasitaire. La sensation de brûlure qui est si pénible dans le sycosis non parasitaire est au contraire peu accentuée dans le sycosis parasitaire. Une affection trichophytique de la lèvre est excessivement rare, tandis que la folliculite simple, dépendant souvent de coryza ou autre irritation, se voit assez communément à cet endroit.

L'eczéma pustuleux qui ne présente jamais d'induration et qui de plus a eu une période de suintement ne peut être confondu avec la trichophytie de la barbe.

Les syphilides végétantes de la face, quand elles revêtent la forme hypertrophiques et qu'elles sont superficiellement ulcérées, humides ou croûteuses, sont reconnues facilement, malgré cela, par l'histoire du cas.

Un lupus en plaque ou annulaire aura toujours, pour éviter l'erreur possible avec le sycosis parasitaire, la lenteur de son développement et la fixité de la lésion, enfin l'apparence cicatricielle que laisse toujours après elle une lésion scrofuleuse de longue durée.

Enfin, le chancre induré de la face peut, dit M. Laillier, tenir votre jugement en suspens, surtout s'il siège au menton où à la joue. L'induration est plus marquée dans ce cas, elle est presque cartilagineuse, et les poils ne tombent jamais; l'exploration des ganglions secondairement affectés et les accidents secondaires à la cause spécifique éclaircironi le diagnostic.

Dans le furoncle de la face, il y a un retentissement assez sérieux sur l'économie, de plus la douleur très vive et son évolution rapide le feront reconnaitre de prime abord.

Pronostic.—La trichophytie de la barbe est de toutes les affections trichophytiques la plus sérieuse. La durée est très longue et son traitement très pénible, outre que les récidives sont très fréquentes.

Traitement.—C'est le même que celui de la teigne tondante, c'est-à-dire l'épilation; mais elle ne se pratique qu'à l'état sycosique. Le pityriasis de la barbe guérit assez facilement avec des lotions parasiticides. M. Laillier recommande avant leur emploi des rasures fréquentes. C'est là, dit-il, un moyen logique et facile d'emporter le plus possible des éléments parasitaires, d'empêcher leur extension, en même temps que, la guérison venue, d'accélérer la pousse plus vigoureuse d'une nouvelle barbe.

Les lotions parasitaires employées pour la tondante et la trichophytie cutanée servent également pour le sycosis parasitaire.

Dans la période aiguë de la dermite parasitaire, l'usage de cataplasmes

de fécule de pommes de terre est un excellent topique. Ces cataplasmes font tomber les croutes et diminuent l'intensité de l'inflammation. Les parasiticides ne feraient qu'aggraver la maladie; dans ces cas, leur usage doit être renvoyé à plus tard.

Des moyens prophylactiques de la trichophytie en général.—La prophylaxie des teignes est une partie trop importante, à nos yeux, pour que nous la passions sous silence. Ces maladies, qui sont contagieuses au premier degré, deviennent une véritable plaie pour les familles. Nous voyons souvent des parents qui, voulant rendre le petit malheureux à la vie de famille, infectent leurs autres enfants. L'on ne saurait être trop prudent pour assurer la guérison d'une teigne; il vaut mieux demander des délais avant que de formuler notre jugement. L'enfant porteur d'une plaque de trichophytie doit être éloigné des autres. Cet isolement, préjudiciable, il est vrai, à son éducation, est de nécessité absolue. C'est là, le seul moyen d'empêcher la propagation de la maladie. En France, un enfant qui a été affecté de trichophytie ne peut reprendre ses études dans un établissement public quelconque, asile, école ou atelier, sans un certificat attestant qu'il est guéri de son affection.

Quant à la trichophytie de la barbe, qui, fort heureusement, est rare, les conseils que nous aurions à donner seraient de ne jamais se servir d'un razoir qui n'a pas été précédemment trempé dans une solution d'alcool et bien asséché; cette mesure prophylactique n'est pas connue des barbiers, qui se servent du même razoir toute une journée.

Les brosses, les peignes et autres objets de toilette doivent être souvent lavés et nettoyés dans cette solution. Nous ne croyons pas que l'alcool soit dommageable au taillant du razoir. Etant un parasiticide, il détruira les champignons s'il y en a sur l'instrument.

Paris, le 4 septembre 1884.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes; (1)

par C. E. Lemieux, jr., M.D., Quebec.

Opérations d'extirpation. — Quel est le meilleur moyen d'exérèse? On comprend qu'il est difficile de formuler des règles à cet égard; en effet si l'on a affaire à une tumeur polypiforme attachée par un mince pédicule à la face interne de la vessie, on ne devra pas employer les mêmes moyens que lorsqu'il s'agit d'un néoplasme ayant une large base, et pour celles de ces productions sessiles dont la substance ou tissu propre est friable, cérébroïde, on ne devra pas, il est évident, se servir du même procédé que pour une variété ferme, élastique et résistante.

Le siège de la tumeur sera aussi pris en considération; tantôt on pratiquera l'exérèse par la simple section avec les ciseaux, tantôt au contraire il sera nécessaire de faire la résection des parois de l'organe.

Le sexe, enfin, impose des procédés spéciaux qui se rattachent il est vrai plutôt à l'opération préliminaire qu'à l'opération définitive.

Nous examinerons, comme nous l'avons d'ailleurs fait dans les tableaux précédents, les opérations préliminaires et fondamentales dans les deux sexes, d'abord chez la femme et ensuite chez l'homme.

(1) Suite et fin.—Voir les livraisons d'octobre et de novembre.

A OPÉRATIONS D'EXTIRPATION PRATIQUÉES CHEZ LA FEMME.

Le tableau suivant résume 37 observations :

(*A*) Pas d'opérations préliminaires sur le canal de l'urèthre, la tumeur le dilatant suffisamment a été enlevée par :	Ligature seule	3 fois.
	Ligature et torsion	1 —
	Ligature et section aux ciseaux	1 —
	Arrachement par traction	1 —
	Ecraseur et grattage avec le doigt	1 —

DIVERSES OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

(*B*) Dilatation de l'urèthre, soit avec le doigt soit avec des instruments et :	Arrachement avec des pinces	5 fois.
	Excision et grattage à la curette	8 —
	Ecraseur	2 —
	Section aux ciseaux	1 —
	Ligature	1 —
	Torsion	1 —
Incision de l'urèthre et :	Ligature	1 —
	Ecraseur	1 —
Ouverture de la vessie et arrachement avec la pince		1 —
Taille uréthro-vaginale et section aux ciseaux		2 —

DEUX OU PLUSIEURS INTERVENTIONS ONT ÉTÉ NÉCESSAIRES.

(*C*) Dilatation de l'urèthre dans tous ces cas.	Une première fois, arrachement avec les doigts, ensuite torsion	1 fois.
	D'abord arrachement puis grattage.	1 —
	D'abord écraseur puis grattage	1 —
	Ligature d'abord, grattage ensuite	1 —
	D'abord grattage puis taille vésico-vaginale	1 —
Dans deux cas l'opérateur s'est servi de l'écraseur sans indiquer si la dilatation de l'urèthre a été faite		2 —

(Pousson.—*Thèse de Doctorat*, 1884.)

Sur ces 37 opérations observées et pratiquées chez la femme, on voit que 33 fois le canal de l'urèthre a suffi pour les manœuvres chirurgicales et que 7 fois c'est le néoplasme lui-même qui a fait le premier temps; que 4 fois seulement la taille uréthro ou vésico-vaginale a dû être pratiquée. Dans les autres cas le doigt a suffi.

De toutes ces opérations il y eut 9 mortalités, mais dans 4 cas on opérait chez des enfants (Balleray et Paterson, 19 mois; Guersant, 22 mois; Pleininger, 34 mois; Birkett, 5 ans) et l'on sait que d'après le tableau précédemment exposé cet âge est incapable de supporter une telle opération; l'on sait de plus que l'enfance est une contre indication.

Mais si d'un côté ce mode opératoire est avantageux au sexe féminin, la cystotomie sus-pubienne ne doit pas être considérée comme telle, car sur 4 cas il y a deux revers, soit 50 pour cent de mortalité.

Nous croyons qu'il est superflu de mettre en comparaison les deux procédés d'après ce que l'on vient de voir. C'est l'excision, le grattage à la curette et avec les doigts qui constituent, comme le disait M. Trélat à la Société de chirurgie, un procédé d'exérèse " très régulier, très puissant et très satisfaisant." C'est le procédé à la mode.

Il y a ensuite l'arrachement simple et celui combiné à la torsion, puis la ligature, l'écraseur et les ciseaux. Il pourrait sembler que ce dernier moyen serait de nature à effrayer, mais il est bon de se rappeler la constitution peu vascu'aire des néoplasmes pour nous rendre le calme. D'ailleurs M. Guyon, dans les polypes de l'utérus, se sert de préférence des ciseaux à cause de la précision que l'on peut obtenir avec eux pour le travail que l'on fait au fond du vagin.

Maintenant, si l'on veut bien me le permettre, je résumerai ici aussi brièvement que possible les principaux caractères ou traits se rapportant à cette opération. La malade doit dans tous les cas être sous l'influence des anesthésiques, car alors la précision des manœuvres est beaucoup plus grande. Si la tumeur fait protrusion à travers l'urèthre, il suffit de la saisir et de l'attirer en dehors avec des pinces et de préférence la pince de Museux, et lorsque le pédicule est bien à découvert, on applique soit la chaine de l'écraseur, un serre-nœud, ou bien on se sert des instruments, bistouri ou ciseaux. Si absolument on redoute une hémorrhagie (ce qui est très rare), on pourra faire une ligature avec un fil métallique ou de là soie, et même on pourra appliquer une anse métallique et on attendra le travail de mortification. Les lavages antiseptiques doivent précéder, accompagner et suivre tous les cas, mais c'est surtout dans le dernier procédé que leur utilité est reconnue supérieure.

Mais si le néoplasme occupe l'intérieur de la vessie on devra dilater l'urèthre à l'aide de l'un des procédés mentionnés, et en s'aidant ou se faisant aider de la pression hypogastrique ou du toucher vaginal, on arrive à découvrir le lieu précis d'implantation, la nature et le caractère de la tumeur.

L'injection antiseptique la plus en usage et la plus recommandée par tous les auteurs est l'acide borique à 4 pour cent.

Cette opération est peu sanglante et les lavages antiseptiques froids ont toujours suffi à contrôler la perte de sang.

Si le néoplasme ne peut pas être extrait par les voies naturelles et que l'on se décide pour la cystotomie, faisons, à l'exemple de Simon, une incision en T dont la branche verticale suit le milieu de la cloison vésico-vaginale, et s'arrête à quelque distance du col, la branche transversale passant par l'extrémité profonde de la première et s'étendant à 3 centimètres (1¼ pouce) de chaque côté. Alors, grâce à ces incisions et à des tractions appliquées dans le sens du vagin au moyen de crochets fixés à la muqueuse vésicale ou mieux au néoplasme lui-même, et avec cela le palper abdominal étant ajouté, on détermine une véritable inversion du réservoir urinaire qui en exposant complètement sa face interne le rend tout aussi accessible que les autres parties du corps, et on peut dès lors agir avec les ciseaux, le bistouri, le serre-nœud, l'écraseur et même le galvano et le thermo-cautère, au choix de l'opérateur. Plus tard on traite la fistule vésico-vaginale qui est le résultat immédiat de cette opération par les méthodes ordinaires.

Norton agit différemment. Il introduit une lame de ciseaux dans la vessie et l'autre dans le vagin, et en les fermant fortement il incise l'urèthre sur sa paroi inférieure, et l'incision de la paroi antérieure du vagin est continuée jusqu'à ½ pouce de l'utérus. Il attire la tumeur en dehors et agit sur elle avec des ciseaux. La petite hémorrhagie qui s'en suit est arrêtée par des cautérisations au fer rouge ; ensuite il réunit les lèvres de l'incision urèthro-vaginale par des sutures, soit immédiatement soit quelque temps après l'opération.

Toutes ces manœuvres par les voies naturelles ne doivent pas être négligées, mais d'un autre côté la taille hypogastrique reconnaît certaines indications. Il est évident, en effet, que si le polype fait protrusion par l'urèthre, la taille hypogastrique ne devra pas être mise en cause, mais il y a certains cas où toute la face interne de la vessie se

trouve couverte par des petites tumeurs, les unes sessiles et les autres pédiculées, alors l'extraction par l'urèthre ou le grattage seraient des manœuvres trop à l'aveuglette, bien souvent insuffisantes et quelquefois même dangereuses.

Ainsi dans le cas cité par Senftleben, je crois, la vessie fut perforée pendant les tentatives d'extirpation. Mais qu'il nous soit permis de se demander si la même chose aurait eu lieu si l'intérieur de l'organe avait été mis sous les yeux et sous les doigts de l'opérateur par la taille hypogastrique. Car encore une fois, par ce procédé, outre que l'on donne un large accès à la vessie, on peut, de plus, mieux suivre toutes les phases de l'éradication et en même temps y appliquer tous les moyens d'exérèse.

Enfin si d'un côté les indications pour son emploi sont restreintes, d'un autre côté elle rend de réels services. Mais voici une objection qui ne manquera pas d'être faite : la difficulté de pratiquer l'incision vésico-hypogastrique dans le sexe féminin. Sans insister sur la pratique du haut appareil, nous dirons que si on n'a pas chez elle la possibilité de fixer la vessie par le ballonnement du rectum ou par celui du vagin dans lequel dernier organe le ballon se déplisse difficilement et a toujours tendance à fuir, on peut du moins parvenir à distendre la vessie par une injection qui sera maintenue dans son intérieur en appliquant l'urèthre contre le pubis au moyen du doigt d'un aide. Toutefois il suffit de consulter pour voir que dans ces dernières années on a fait pour l'extraction de calculs chez la femme la taille sus-pubienne, et qu'elle n'a pas donné de plus mauvais résultats que chez l'homme.

B Opérations d'extirpation pratiquées chez l'homme.

Ainsi que nous l'avons fait pour la femme, nous commencerons ici par un tableau que je trouve rapporté par M. Pousson et qui comprend cinq cas inédits de M. Guyon.

18 Cystotomies.			
Périnéale.....(les auteurs n'indiquent pas le procédé suivi)			4
Périnéale médiane	—	—	2
Périnéale latérale	—	—	3
Périnéale de Nélaton	—	—	1
Périnéale latérale, puis sus-pubienne		—	2
Sus-pubienne	—	—	6
16 Boutonnières.			
Périnéale	—	—	16

La somme des résultats heureux est moins satisfaisante que chez la femme, car il y a environ 50 % de mortalité tandis que chez la femme elle n'est que de 10 %.

Bien que les différentes cystotomies périnéales n'aient pas donné de résultats défavorables (car c'est la sus-pubienne et la boutonnière périnéale qui, en opérations rivales, endossent à leur passif les cas mortels,) lorsqu'elles ont été employées pour l'excision de tumeurs de la vessie, néanmoins nous ne saurions les conseiller. En effet, que la taille périnéale soit faite pour l'extraction d'un calcul ou pour l'exérèse d'un néoplasme, les malades n'en sont pas moins exposés à tous les accidents d'une des plus graves opérations de la chirurgie, accidents suffisamments connus pour que nous les passions sous silence. D'un autre côté, comme nous l'avons fait remarquer, l'opération sus-pubienne est simple et peu grave, la guérison qui est hâtive par elle-même est encore

activée par l'application régulière et facile d'un pansement antiseptique, avantages sur lesquels nous ne croyons pas devoir insister.

Laissons maintenant parler Sir Henry Thompson (1) sur le procédé opératoire tel que par lui professé à *University College :*

" L'opérateur introduira une pince forceps spéciale dont les bords " larges et rugueux saisiront, sans la couper, la plus grande portion " saillante de la tumeur de façon à l'attirer au dehors. Celle dont je " me sers ordinairement a ses deux branches terminées par un mors " mesurant un pouce de long et un sixième de pouce de large ; elle est " construite de façon à pratiquer l'arrachement du néoplasme avec le " moins de chance possible de produire une hémorrhagie. Avec cet " instrument on peut enlever la plus grande partie de presque toutes " les tumeurs. Mais j'ai eu affaire dans un cas à une petite tumeur du " col de la vessie, et bien qu'avec cette pince j'amenasse au dehors les " parties saillantes du néoplasme, je ne pus saisir sa base implantée sur " le col. Pour ces cas j'ai fait construire une pince spéciale.

" Depuis j'ai eu occasion d'enlever dans trois autres cas de larges " tumeurs chez l'homme, implantées sur le côté gauche de la vessie, " non loin du col. Je les enlevai en me servant de pinces coudées, les " autres étant inapplicables. Peut-être y a-t-il des cas où l'emploi " de l'écraseur serait préférable à l'emploi des pinces ; cela me paraît " cependant douteux. En effet, pour ajuster la chaîne, il faut plus " d'espace que ne peuvent en fournir les incisions décrites. Or, il est " préférable, autant que cela est possible, de ne pas leur faire dépasser " les étroites limites que je leur ai assignées et qui m'ont été suffisantes " pour enlever avec mes pinces de très grosses tumeurs. Le forceps " et le doigt doivent être employés alternativement, l'un pour recon- " naître ce que doit enlever l'autre. Je n'ai jamais été dans la nécessité " de faire une incision qui permît l'introduction simultanée du doigt et " des pinces. Mais l'écraseur exigeant l'accompagnement du doigt et " conséquemment plus d'espace pour les manœuvres combinées, je lui " objecte précisément de réclamer de plus grandes incisions. Chez la " femme l'emploi de l'écraseur serait plus facile, parceque l'on obtient " plus de place sans pratiquer d'incision.

" " Après l'ablation des parties principales de la tumeur on lavera tout l'intérieur de la vessie avec un courant d'eau froide au moyen " d'une seringue et d'un tube introduit dans le canal périnéal ; puis on " introduira une grosse sonde vulcanisée qui pénètrera de un demi- " pouce dans la vessie et sera fixée dans cette position par un bandage " approprié. L'autre extrémité qui dépassera de 5 ou 6 pouces plon- " gera dans un réservoir destiné à recevoir le contenu de la vessie. " On observe ordinairement une hémorrhagie qui dure 24 ou 48 heures " et cesse peu à peu. La douleur n'est jamais bien grande et on peut " la calmer par une injection de morphine. La sonde sera laissée en " place 5 à 6 jours puis enlevée ; la plaie se cicatrise rapidement et " toute l'urine passe bientôt par l'urèthre."

L'opération de sir H. Thompson n'est pas sans présenter quelques difficultés ; en effet elle exige l'emploi d'instruments spéciaux et de plus une grande habitude de leur maniement à travers un long et étroit canal. On peut lui adresser les reproches suivants : 1° l'étroitesse de

(1) *Lancet.*

la plaie qui ne permet que l'introduction alternative du doigt explorateur ou de l'instrument extracteur ; 2° la difficulté d'extraire des tumeurs qui ne se laissent pas morceler ; 3° l'impossibilité de saisir certaines tumeurs villeuses, flottantes qui fuient les mors de l'instrument fermé au hasard dans la vessie.

Sir H. Thompson lui-même signale quelques dangers, tels que des lésions graves du col si l'on voulait tenter l'introduction simultanée du doigt et de la pince, la déchirure et la perforation de la vessie si l'on fait de fortes tractions sur une tumeur, ou ce qui plus est, saisir par erreur la paroi vésicale elle-même. Berkeley-Hill insiste aussi sur le danger de déchirer la vessie. En résumé la *boutonnière périnéale* n'est pas une opération sûre, de plus elle ne peut pas se généraliser au traitement des néoplasmes vésicaux qui diffèrent par leur forme, leur nature, leur volume et même par leur point d'implantation ; tandis que l'incision hypogastrique, tout en remplissant le but explorateur, offre toujours une sûre voie d'exérèse, et de plus elle n'est pas plus meurtrière que la taille hypogastrique proprement dite.

Voyons maintenant comment se fait l'opération, mais nous négligerons les préparatifs opératoires : introduction et dilatation du ballon de Petersen, lavage et injection de la vessie avec de l'acide borique à 4°/₀. Dans ces injections on devra toujours avoir en vue la rupture possible de l'organe, surtout si l'on a affaire à un néoplasme étendu ; on devra en conséquence procéder avec lenteur.

Lorsque le globe vésical sera distendu par le liquide, le chirurgien incisera d'après la méthode ordinaire jusqu'à lui et faisant alors une incision de 4 à 5 centimètres (1¾ à 2 pouces) de sa paroi, il s'empressera de passer dans les lèvres de la boutonnière vésicale une anse de fil de soie rond et volumineux pour ne pas déchirer les tissus.

Ce détail opératoire imaginé par M. Guyon *est de la plus haute importance*, et cela à trois points de vue : 1° il soulève le bas fond et surtout le col de l'organe qui a tendance à se cacher derrière la symphyse du pubis, 2° il soutient les parois latérales, 3° il protège les tissus prévésicaux.

Par ce moyen on peut mettre en œuvre toutes les ressources de la chirurgie, depuis le simple grattage avec le doigt jusqu'à l'application de la chaine de l'écraseur.

Même M. Guyon a pu par ce moyen se servir de l'anse galvanique avec un succès tel qu'il se propose de l'employer de nouveau, le cas échéant.

Lorsque la vessie a été débarrassée de ses productions végétantes, il faut la laver largement avec de l'eau boriquée proietée par une seringue.

Le pansement est celui de la taille hypogastrique.

On enlève le ballon rectal après avoir introduit dans la vessie deux gros tubes accolés l'un à l'autre, tubes qui sont entrainés par le retrait vésical jusqu'à la position normale de l'organe ; on les fixe solidement et deux ou trois points de suture rétrécissent la boutonnière hypogastrique, et un vaste pansement de Lister recouvre le tout.

La vessie ne doit pas être suturée car on s'exposerait à avoir des perforations dans les points faibles c'est-à-dire ceux où se trouvaient implantées la ou les tumeurs.

Les tubes sont enlevés du 6e au 8e jour et remplacés par une sonde uréthrale à demeure.

Mais reste la plaie hypogastrique, comment doit-on agir vis-à-vis d'elle ? Doit-on chercher l'occlusion ou la prévenir et la transformer en fistule permanente ? M. Guyon dit à ce sujet : " Toute vessie " capable de se distendre peut se congestionner et devenir douloureuse : " lorsqu'elle cesse au contraire de pouvoir se distendre, lorsque de " réservoir elle se transforme en conduit, elle perd en grande partie " le pouvoir de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il par- " fois nécessaire, quand l'ablation a pu être complète, de maintenir " ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique." Ainsi a t-on affaire à une tumeur polypiforme facilement énucléable, nul doute dans ces cas que l'on doit favoriser l'occlusion de la vessie et même l'obtenir le plus tôt possible et d'autant plus rapidement que la tumeur est plus bénigne.

Mais si la tumeur est large, étalée et que par le curage on n'a pu enlever que les parties superficielles, alors l'hésitation est bien légitimée. Cependant on est justifiable de conduire à la cicatrisation lorsque le bien-être momentané du malade le permet, c'est-à-dire avec la cessation des douleurs et des hématuries.

Mais supposons que la plus grande partie de la vessie soit envahie par le néoplasme, une pareille lésion est une contre indication ; cependant les hématuries et les douleurs peuvent forcer la main du chirurgien. C'est ainsi que Sir H. Thompson pratiqua cette opération palliative pour remédier à des cystalgies rebelles.

EXTIRPATION DES NÉOPLASMES SESSILES.—RESECTION DE LA VESSIE.

Nous avons passé en revue les opérations que l'on pratique sur le reservoir de l'urine, mais il nous en reste une dernière : c'est la résection. Ainsi, peut-on espérer l'ablation complète d'un néoplasme vésical sessile par la résection de toute l'épaisseur de toute la paroi de l'organe ? M. Bazy pense que cette idée, tout en paraissant hardie, n'est pas irrationnelle. Dans les annales de gynécologie nous avons en effet de nombreux cas rapportés de résections intentionnelles ou accidentelles de la vessie, survenues dans le cours d'ovariotomies, qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Bazy.

Mais quelle partie peut-on réséquer ? Nous savons que les néoplasies vésicales ont une prédilection marquée pour la base, le trigone et la paroi postérieure ; nous savons de plus par l'anatomie de la région que ces parties sont éminemment dangereuses à cause des organes importants qu'elles recèlent. En effet là se trouvent les uretères, les vésicules séminales et les canaux déférents chez l'homme ; nous faisons abstraction du péritoine qui tapisse toute la face postérieure ; de plus ces parties se trouvent profondément situées et restent inaccessibles à toute tentation de résection.

D'après des expériences faites en France et en Allemagne sur des animaux, on est convaincu que la paroi antérieure et le sommet peuvent se réséquer. M. Guyon compare la vessie à une boîte ovoïde dont il est facile d'enlever le couvercle par l'hypogastre.

Ainsi rejetons toute idée d'extirpation radicale des néoplasmes vésicaux du bas fond, du trigone et de la paroi postérieure, et disons, à l'exemple de M. Bazy, qu'il ne serait pas irrationnel d'agir sur la paroi antérieure et les parois latérales, à condition, toutefois, que l'on eut la certitude de pouvoir enlever en entier la zône malade, ce qui est très rare.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

BAZY PIERRE.—Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires. Thèse de Paris, 1880.
" " De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme (Annales des maladies des voies génito-urinaires, Sept. et Oct. 1883.)
BERKELEY HILL.—*University College Hospital Report*, 1880.
BELMAS.—Traité de cystotomie sus-pubienne 1827.
BROUSSIN—Sur la taille hypogastrique. Th. de Paris, 1882.
BISHOP —*Gross' Surgery* Philadelphia, 1872.
Bulletin de la Société anatomique.
BONTECOU.—*External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder. Transact. of the American Surgery Association* (Revue des sciences médicales, juillet 1884).
CHAUTEL.—Article " Cystotomie " Dict. encyclop. des sc. médicales.
CIVIALE.—Gazette médicale de Paris 1834.
DUPUYTREN.—Lancette française 1828.
FÈRE.—Du cancer de la vessie. Prix Civiale 1881.
GUYON FÉLIX.—Leçons cliniques des maladies des voies urinaires professées à Necker.
" " De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.
" " Contribution clinique à l'étude de la taille hypogastrique, in Annales des mal. des org. génit-urin. janvier 1883.
HUDSON S. ROBERT. — Mal. villeuse de la vessie, son traitement chirurgical, *The Dublin Journal of Med. Sciences*, 1879.
MOLINIER,—Essai sur le fongus villeux ou angiome villeux de la vessie. Th. de Paris, 1870.
MONOD.—Rapport sur le travail de M. le Dr Bazy, Société chirurgicale, séance du 25 juillet 1883.
" Tubercules de la vessie. *Progrès médical* 9 et 10 août 1877.
LEROY D'ETIOLLES.—Recueil de lettres et de mémoires 1884.
MAURICE (D'ONVILLE).—Dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme. Th. Nancy, 1877.
NORTON.—*Trans. Clin. Society*, May 1879.
POUSSON.—De l'intervention dans les tumeurs de la vessie, Thèse de Paris 1884.
RECLUS PAUL.—De l extirpation des tumeurs vésicales. Gazette hebdom. de Med. et de Chirurgie, 28 mars 1884,
STEIN ALEXANDER.—*A Study of the tumors of the bladder*, N.-Y.
TAPRIT—Tuberculisation des organes urinaires. Arch. gén. de méd. 1878-79.
THOMPSON SIR HENRY.—*Ryal Medical and Chirurgical Society*, séances des 11, avril 1882, 23 janvier 1883, 12 juin 1883.
Exploration of the bladder by perineal section of the urethra, &c. Lancet, 3 et 10 fev. 1883.
Digital exploration of the bladder, Lancet, 3 Nov. 1883.
Lectures on some important points of surgery in connection with urinary organs, Lancet, 28 juin 1884.
TILLAUX.—Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie 1884.
WARD SAMUEL B. — Cancer de la vessie, Occlusion des orifices des urétères. Mort par coma urémique. Arch. de médecine N.-Y. February 1882.
WARNER.—*Cases of Surgery.*
WHITEHEAD & POLLARD (Manchester).—*The surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder*, in *the Lancet*, 6, 13, *and 20th October* 1883.

Propriétés antiseptiques de l'acide citrique, par SCHULTZ.—Vers le milieu de ce siècle, cet acide était ordonné sous forme de suc de citron ou à l'état pur contre le scorbut, le rhumatisme articulaire aigu, etc. A l'extérieur il a été employé contre le pruritus scroti (Oppler), le lupus exulcerans. Récemment on l'a vanté dans la diphthérie, la fièvre intermittente. Il est, pour Schultz, antiseptique, microbicide. Des expériences positives sont rapportées. Le citrate de soude ne serait antiseptique qu'à la condition que son acide fût mis en liberté.—*Lyon médical*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Des révulsifs et des dérivatifs.—Clinique de M. le professeur Germain Sée à l'Hôtel-Dieu.—Avant de vous définir ce qu'on entend par dérivatifs, il est bon, je crois, de les passer en revue les uns après les autres, et d'établir des distinctions très importantes. Il y a, tout d'abord, une première espèce, les moyens physiques, qui n'a d'autre action que de provoquer de la douleur. La faradisation de la peau, par exemple, et les cautérisations, faites au fer rouge, en détruisant la partie superficielle des téguments, n'agissent pas autrement.

Si, mettant de côté ces agents physiques, vous placez un Rigollot ou un sinapisme, vous provoquez non seulement de la douleur, mais agissez encore chimiquement par suite de l'absorption d'une certaine quantité de sinapisine. Je ne m'arrêterai pas davantage sur ces deux moyens embryonnaires, afin de porter toute notre attention sur des agents plus actifs.

Croyez-vous que l'on puisse, par exemple, appliquer impunément sur la peau d'un individu un mouchoir imbibé de chloroforme? Mon ami, M. Bouchard, n'est pas de cet avis, et il a dit, dans une communication, qu'à la suite d'injections de chloroforme, il avait vu se produire une albuminurie. Je sais bien qu'entre une injection et une application de chloroforme il y a une certaine différence ; mais, comme dans le dernier cas vous mettez les éléments absorbants à nu, on peut très bien croire qu'il se produit, outre une irritation des papilles et de la douleur, une absorption, et en conclure que personne ne s'était encore douté que les moyens les plus simples au premier abord étaient quelquefois les plus dangeureux. M. Bouchard n'a pas fait d'expériences aussi complètes sur l'homme, et pour cause! Mais, malgré cela, je crois qu'il serait bon de n'user qu'avec prudence des injections d'éther ou de chloral jusqu'au moment où le dernier mot serait dit sur ce sujet.

J'arrive à la teinture d'iode. Il n'y a pas aujourd'hui à Paris, en France et en Navarre, un malade qui n'ait eu, au moins une fois, une couche de cette substance. C'est donc un procédé très commode, sur lequel je vous ai suffisamment édifié dans mes autres leçons et qui, non content de produire une simple rubéfaction, détruit d'autant plus fortement que vous continuez à badigeonner jusqu'à la garde, et peut même aller jusqu'à engendrer une dermite comme l'a prouvé un physiologiste.

Voilà donc une teinture qui, si l'on en abuse, produit une douleur intense et qui, de plus, agit à l'intérieur. L'absorption ayant lieu par les voies respiratoires, il en résulte que le médecin ou la personne qui badigeonnera sera aussi iodée que le malade lui-même. L'examen de vos urines, fait après une application sur un malade, vous persuadera beaucoup mieux que toutes les explications qui pourraient vous être fournies à ce sujet.

Passons maintenant à un autre type, au vésicatoire, et considérons-le dans toute sa splendeur et dans toute son horreur. Ou vous ne faites rien si, comme le médecin timide, vous posez une mouche de la largeur d'une pièce de cinq francs ; ou, par suite de l'absorption de la cantharidine, vous pouvez produire une intoxication terrible qui sera très préjudiciable à votre malade si, comme le praticien hardi, vous appliquez un large vésicatoire. En effet, il y a bien 30 ans qu'un grand médecin et qu'un grand chirurgien, Bouillaud d'une part et Morel-Lavallée d'autre part, ont signalé le ténesme vésical atroce qui survenait parfois à la suite d'une application de vésicatoire. A l'autopsie on a trouvé une pyélo-cystite avec des fausses membranes dans les points où l'urine séjourne le plus, c'est-à dire à l'ouverture de l'uretère dans la vessie.

Tout cela n'est rien. On en guérit, à moins qu'on n'en guérisse pas. Des accidents urémiques ont bien été encore signalés, mais je les passe sous silence afin d'arriver à quelque chose de beaucoup plus grave. Un physiologiste, dont le nom me fait défaut pour l'instant, a constaté, à la suite d'injections de cantharidine sur des animaux, non seulement une pyélo-néphrite, mais encore l'inflammation des tubes droits et contournés, et même celle des glomérules.

Ces diverses expériences ne sont pas tombées dans l'eau, et un préparateur de M. Cornil, et M. Cornil lui-même, à son tour, a trouvé que ce poison, une fois introduit, s'éliminait encore ailleurs que par la vessie. Il a observé une véritable altération du parenchyme pulmonaire. Vous vous imaginez peut-être que ce travail a empêché le médecin énergique de poser un vésicatoire dans les maladies du poumon et de risquer de produire ainsi une inflamation artificielle à côté de l'autre ? Non ; je le ferais imprimer et je ne serais pas écouté davantage, si ce n'est cependant par vous qui n'avez pas encore établi votre siège. Il n'y a que moi qui change : aussi me traite-t-on de révolutionnaire. J'accepte l'épithète, pourvu que le malade en bénéficie.

Jusqu'ici, je ne vous ai parlé que des médications temporaires ; mais il en existe une troisième espèce, les exutoires, qu'on met à demeure, et à l'étude desquels nous allons consacrer quelques minutes. Le vésicatoire entretenu, dont on se servait beaucoup autrefois, commence à tomber aujourd'hui en désuétude, et a été remplacé par les cautères et les cautérisations répétées. Que la chirurgie tire profit de l'igni-puncture de M. le professeur Richet ? Je n'en sais rien ; mais je conteste que cela profite à une maladie médicale. Ces pointes de feu dont on crible, dont on tatoue le corps d'un tuberculeux, quoiqu'elles ne suppurent pas, n'en sont pas moins pour moi un exutoire, puisque c'est un moyen permanent. Les véritables cautères, cependant, sont : d'une part des substances plus ou moins chimiques, et d'autre part le fameux séton.

Il y a des malades qui ont le séton du poitrail des chevaux dans le dos. Et pourquoi en serait-il autrement dans les familles, puisque les médecins eux-mêmes sont les premiers à croire à la dérivation ? Quant aux pâtes ! Elles ont toutes pour but de léser la peau pour mettre un pois imbibé d'une substance chimique quelconque.

Je ne vous donnerai pas mon opinion sur ce sujet, car j'ai tellement écrit là-dessus, qu'il est inutile d'y revenir. Aussi, je me contenterai de vous dire que vous aurez de nombreuses difficultés à vaincre parce

que les malades sont convaincus que le séton qui suppure va porter au-dehors l'humeur peccante intérieure sans crier gare, et guérir de la sorte. Il suffit, du reste, pour être suffisamment édifié sur ce sujet, de lire la célèbre discussion qui eut lieu, il y a 20 ans, entre le beau-père de M. Lefort (1) et Bouvier qui avait la parfaite conviction de guérir, avec les cautères, les affections osseuses, comme le mal de Pott, par exemple. Vous dire ce que Malgaigne a dépensé de bile à démontrer que les individus finissaient par guérir dans leur gouttière, est assez vous prouver que je partage son avis.

Ceci dit, nous allons finir par où j'aurais dû commencer, et, afin de bien fixer ma pensée, je suis obligé de remonter dans l'histoire avant de vous définir ce qu'on entend par révulsif et par dérivatif.

Comme il arrive souvent qu'un malade atteint d'une phlegmasie chronique guérisse à la suite d'exutoire, nous devons nous demander quel rapport existe entre l'inflammation des parenchymes et l'exutoire destructeur de la peau ? Quant à moi, je n'en sais rien, et je crois le problème insoluble, parce qu'il n'y a pas de liens; mais je le cherche, vu que c'est une question à l'ordre du jour. Si vous rencontrez des difficultés pour faire absorber de la morphine ou du salicylate de soude, vous n'en rencontrerez jamais, par contre, pour appliquer un vésicatoire. Autrefois, vous étiez un homme perdu si vous ne faisiez pas une saignée ; aujourd'hui, votre réputation est ternie si vous ne vésiquez pas, et l'on mettra un quart de siecle pour arriver à dissuader le monde.

Dès la naissance de la médecine, dans Hippocrate, il est question des exutoires, car il dit : " Si le mouvement des humeurs ne s'opère pas du côté qu'il faut, c'est alors qu'on doit faire des révulsifs." Mais je demanderai au Père de la médecine s'il sait où ira l'humeur, et, dans une pleurésie par exemple, s'il peut me dire par où passera le liquide. Voilà donc une première partie qui est très compromise. Quant à la seconde, cette fois-ci, je suis de son avis, car une douleur efface l'autre.

Gallien qui s'approprie tout le mauvais des idées théoriques d'Hippocrate fonde la distinction entre le révulsif et le dérivatif. La dérivation consiste à attirer le sang dans les parties voisines de celles qui sont malades et la révulsion se fait dans une direction opposée.

Plus tard, on changea les mots ; mais le fond est resté toujours le même, et si on a remplacé le mot fluxion par congestion, nous ne savons pas un iota de plus. Aujourd'hui, si vous traitez une pneumonie par les dérivatifs, vous placez le vésicatoire sur la poitrine, et s'il vous prend la fantaisie de faire une révulsion, vous le mettez sur le bras. Mais je me demande avec Maurice Reynaud, qui a fait l'article révulsion, ce qu'il sera placé sur le moignon de l'épaule. Il n'y a pas moyen d'en sortir, et notez bien que l'auteur est partisan des révulsifs.

Vous voyez, par tout ce que je viens de vous dire, que la révulsion est singulièrement compromise : supprimons donc l'un des deux mots, la dérivation par exemple, et conservons-en seulement un seul, le révulsif. J'allais oublier, avant de vous quitter, de vous parler de la classification de Gintrac, de Bordeaux, qui admet des révulsifs hygiéniques et des révulsifs pharmaceutiques au nombre desquels figure le

(1) Malgaigne.

cataplasme. Les vêtements, la chemise, et surtout celle de flanelle, les bains, les occupations agréables, les pensées riantes, la grossesse, le mariage..., sont pour lui autant de révulsifs hygiéniques. Nous n'y contredirons pas.—*Praticien.*

Paralysie diphthéritique ; son diagnostic avec la paralysie saturnine.—Clinique de M. le professeur DaCosta à l'hôpital de Pensylvanie — Messieurs, le premier cas sur lequel je veux appeler votre attention ce matin est celui de William S...., 21 ans, ouvrier. Il a été reçu dans le service le 26 novembre. Eu égard à sa profession, il déclare qu'il a travaillé longtemps dans le plomb et, depuis le 1er avril de cette année, il est particulièrement attaché à une manufacture de cette ville, broyant, mélangeant, empaquetant le plomb. Il ne semble pas cependant avoir souffert d'aucun des effets du plomb. Du moins, il n'accuse dans son passé ni attaques de constipation, ni coliques, ni perte de pouvoir musculaire. En août de cette année il a eu une attaque de diphthérie qui a duré deux semaines. Il est alors retourné a son travail avec une sensibilité aussi parfaite qu'il avait jamais eue de sa vie. Mais après avoir travaillé une semaine, il se trouva très fatigué le soir. Il avait à la fois des douleurs dans tout le corps et dans les membres.

Il semble donc que ce soient là des phénomènes consécutifs à sa sérieuse angine. Ces symptômes s'aggravant, il abandonna son travail au bout de deux semaines, pour rester chez lui, sans toutefois s'aliter. A cette période, il avait une difficulté marquée pour avaler, et il remarqua que les liquides repassaient par le nez quand il essayait de boire.

A son entrée à l'hôpital. il se plaignait d'une courbature générale et de faiblesse dans les membres. Les symptômes du côté de la gorge s'étaient améliorés. Il pouvait avaler sans difficulté. Nous n'avons pu découvrir de liséré sur ses gencives. Mais ce qui était particulièrement remarquable et eut une grande importance pour le traitement, c'est qu'il pouvait à peine se tenir sur ses pieds, et n'était pas capable de marcher du tout. Nous trouvâmes que cette paralysie n'était pas limitée aux extrémités inférieures, quoiqu'elle y fût plus marquée. Il y avait aussi paralysie des bras ; il serrait faiblement et laissait tomber ce qu'il tenait dans ses mains. La main droite paraissait plus paralysée que la gauche. Il n'y avait pas de paralysie faciale évidente. Il n'était pas constipé. La langue était humide et légèrement chargée et portait l'empreinte des dents. Les poumons étaient normaux. Le premier bruit du cœur était faible, et il y avait un murmure systolique légèrement soufflant. Le second bruit s'entendait distinctement. Foie et rate normaux.

Il n'a été reçu à l'hôpital que le 26 novembre. Mais dans ce peu de jours (jusqu'au 1er décembre) il s'est notablement amélioré, quoique le symptôme qui l'a amené ici, la paralysie, principalement la paralysie des jambes, reste toujours prédominant.

Vous pouvez attester vous-mêmes la chose. Je vous avais déclaré qu'il ne pouvait pas marcher ; maintenant il le peut, avec une grande difficulté et avec l'aide d'une canne. Il se tient debout sans aide. Lorsqu'il est couché dans son lit et le dos appuyé, il a une force considérable dans les jambes. Vous voyez donc que la paralysie n'est pas complète.

C'est dans la marche qu'elle est le plus marquée. Il ne semble y avoir aucune diminution de la sensibilité tactile, et la chose est confirmée par l'esthésiomètre. En recherchant les réflexes tendineux, vous voyez que le réflexe patellaire est absent. Vous pouvez voir qu'il en est ainsi aux deux jambes. Si je chatouille la plante du pied, il le sent distinctement, mais il ne se produit pas d'action réflexe. Il sent la piqûre des épingles et la pointe du compas. Tel est l'état des jambes. Nous allons maintenant les examiner au moyen de l'électricité. Les fibres musculaires des gastrocnémiens de la jambe gauche, examinées avec un puissant courant faradique, n'éprouvent pas de contractions. Un courant d'une plus grande intensité produit de faibles contractions. De même si l'on porte ce très fort courant sur les muscles de la partie antérieure de la jambe, on obtient des contractions très légères. Le courant, il est vrai, est si violent que la douleur, qu'il ressent parfaitement, produit des contractions réflexes des muscles de la partie la plus élevée des cuisses. On obtient à droite le même résultat qu'à gauche.

Ainsi donc nous avons constaté une grande diminution et presque l'abolition de la contractilité électro-musculaire, tandis que la sensibilité est réellement bien conservée.

Dans la cuisse et dans les muscles du front et du dos, la contractilité électro-musculaire est mieux conservée, quoique, si on la compare à l'état normal, elle soit diminuée, et la sensibilité est plus grande, car avec le même courant la sensibilité musculaire est plus évidente dans les cuisses que dans les jambes.

Mais, d'une façon générale, en considérant l'intensité du courant, je puis dire qu'elle est diminuée, quoique d'une façon légère. En explorant les doigts de la main droite avec l'esthésiomètre, quoiqu'il sente les deux pointes, il ne peut les distinguer bien nettement. Il y a donc une sensibilité défectueuse dans les doigts de la main. Deux points, pris sur les deux moitiés du pouce, sont sentis comme un seul. La main gauche est dans les mêmes conditions.

Dans les muscles des bras et des avant-bras, et plus spécialement sur ces derniers, nous avons les mêmes réactions électriques que pour les muscles des jambes ; c'est-à-dire une grande diminution de la contractilité électro-musculaire. La sensibilité électro-musculaire est également très diminuée. Vous voyez que, pour ce fort courant, nous avons une très petite réponse. Les fléchisseurs du bras et de l'avant-bras agissent mieux que les extenseurs. Il sent le courant plus nettement que dans les jambes : mais je dois faire la même observation que précédemment, à savoir que la sensibilité électro-musculaire est diminuée, si l'on considère la force du courant, car il n'éprouve pas la douleur qu'un autre ressentirait. Dans le biceps et le triceps la même parésie est observée. D'une façon générale, elle semble la même que dans les jambes. On observe en outre que la peau est plus bleuâtre sur les bras et les jambes, ce qui tient à une circulation capillaire défectueuse.

Je rappelle cette observation faite au moment de son admission : pas de liseré sur les gencives.

Que devons-nous penser de cet homme ? Il y a là une double histoire, histoire de l'exposition au plomb, et histoire d'une angine qui peut avoir été diphthéritique. Vous voyez que nous avons affaire à une paralysie généralisée aux deux jambes et aux deux bras. Cette parésie est-elle

due à son métier? ou a-t-elle suivi son mal de gorge qu'il qualifie de diphthéritique ' Tel est le problème que nous avons à résoudre, et la solution n'en est pas aussi aisée que vous pourriez le croire au premier abord.

Vous pourriez croire que vous trouverez quelque aide dans les réactions électriques que je vous ai indiquées. Mais les différences entre les réactions électriques de la paralysie diphthéritique et de la paralysie saturnine sont des différences de degrés plutôt que d'espèce. Dans les deux cas la contractilité électro-musculaire est très diminuée. Il est vrai que, dans l'empoisonnement par le plomb, on observe une paralysie absolue résistant aux courants électriques les plus énergiques, tandis que, dans la diphthérie, cette contractilité électro-musculaire est plutôt diminuée que perdue. C'est pourquoi, autant que peut le démontrer cet examen, le caractère de la paralysie est plutôt en faveur de la diphthérie que du saturnisme ; car vous observez que le pouvoir musculaire, quoique diminué, n'est pas entièrement perdu, c'est là une raison puissante, et je déclare que mon opinion est que le travail dans le plomb n'est qu'une coïncidence, et que cette paralysie est due en réalité à la diphthérie. Je vais vous en donner les raisons.

En premier lieu, le caractère général de la paralysie est en faveur de la diphthérie. Elle siège aux bras aussi bien qu'aux jambes, sur les fléchisseurs aussi bien que sur les extenseurs. Dans la paralysie saturnine, il n'en est pas ainsi. Je sais qu'il y a des exceptions, mais, le plus souvent, la paralysie saturnine est localisée et limitée à un groupe de muscles, plus spécialement les extenseurs. Par conséquent la généralisation de la paralysie est contre le saturnisme et en faveur de la diphthérie.

En outre. il y a un point qui est, je crois, d'une valeur considérable dans l'histoire de ce cas :

Associée avec les symptômes de paralysie des extrémités (qui est arrivée maintenant au point qu'il ne peut plus marcher, mais faire tout au plus quelques pas quand on le soutient), il y a une paralysie pharyngée. *La paralysie des extrémités a été précédée par les signes de paralysie de la gorge*, difficulté pour avaler, retour des liquides par le nez, etc.

Ainsi en examinant l'histoire de cette paralysie, vous voyez qu'elle se rapporte plutôt à la diphthérie qu'au saturnisme. Vous voyez que j'ai insisté plutôt sur la paralysie elle-même que sur les signes négatifs tirés de l'absence de liseré sur les gencives, et de l'absence de coliques et de constipation. Car, après tout, vous pourriez être trompés si vous attachiez trop d'importance à ces signes négatifs.

Pour ce qui regarde le liseré des gencives, on ne le trouve pas toujours dans le saturnisme. Vous pouvez particulièrement être induits en erreur dans des cas comme celui-ci où il y a une accumulation de tartre sur les dents. C'est pourquoi vous ne vous attacherez pas trop à des signes purement négatifs.

Si maintenant nous pénétrons plus avant dans ce cas, vous voyez avec évidence une altération marquée du sang, altération commune dans la diphthérie, se caractérisant par un souffle au cœur dû à la modification du sang, par un murmure anémique. Le premier bruit du cœur est faible ; la circulation générale est également affaiblie. Vous avez noté également la défectuosité de la circulation capillaire.

J'ai développé devant vous le diagnostic de ce cas de paralysie diphthéritique, parce que j'ai senti l'opportunité de la comparer avec le saturnisme qui aurait pu exister ici d'après la singulière histoire du malade. Les principaux points sur lesquels je base mon diagnostic sont, comme vous voyez, l'extension générale de la paralysie musculaire (la paralysie n'étant pas absolue), la conservation jusqu'à un certain point de la contractilité électro-musculaire, l'histoire d'un mal de gorge antérieur, caractérisé par de la difficulté à avaler, et le début rapide de la paralysie qui avait complètement disparu dans la gorge ; et, d'autre part, l'évidence de l'anémie, la faiblesse du cœur et de la circulation, symptômes communs dans la diphthérie.

Il faut maintenant nous demander quelles sont les chances de guérison du malade, et quel est le traitement qui pourra le mieux le conduire à cette guérison. Les chances de guérison sont très grandes. Avec les bons soins qu'il reçoit ici, une nourriture reconstituante et une constante attention, je n'hésite pas à affirmer qu'il quittera cet hôpital guéri. La paralysie diphthéritique à la vérité est une de celles contre lesquelles le traitement peut beaucoup.

Maintenant, eu égard au traitement, je vous dirai ceci : il doit consister d'abord à augmenter la qualité du sang. C'est là le premier point, et on y arrivera par le fer, le perchlorure par exemple.

Il n'y a pas de meilleur remède et vous pouvez le donner à la dose de 20 gouttes trois fois par jour, ce qui sera suffisant pour une dose tonique. Quand aux autres remèdes convenables pour des cas de cette sorte, ce qu'on pourra ajouter au fer et à une nourriture très animalisée pour renouveler l'état du sang, c'est la strychnine. La meilleure manière de s'en servir est la voie hypodermique. Mais il y a quelques inconvénients à l'administrer par cette voie. Il est plus aisé de l'administrer par la bouche. Mais si je vois qu'elle n'est pas absorbée aussi rapidement qu'il est nécessaire, je la prescrirai en même temps en injections. Il l'a donc prise d'abord par la voie ordinaire, de la façon suivante :

Strychnine .... un trentième de grain.

en pilules, trois fois par jour.

Il a pris ainsi cinquante pilules, et maintenant on peut augmenter la dose. Il continue en même temps le perchlorure de fer à la dose de 20 gouttes et une nourriture reconstituante.

La seule question qui reste à considérer dans ce cas intéressant est la suivante : l'électricité doit-elle rentrer dans le traitement ? Jusqu'ici on ne s'en est servi que pour le diagnostic. Quel appareil emploira-t-on ? Voici mon opinion : il n'est pas douteux que la nutrition musculaire peut être stimulée par l'usage judicieux de l'électricité pour exciter les divers muscles. Quand vous trouvez que la faradisation produit des contractions, servez-vous des courants induits. Quand il n'en est rien, usez d'abord du courant galvanique. Ici, la faradisation produits des contractions, et vous vous attacherez à cette méthode, l'appliquant tour à tour aux différents groupes de muscles affectés.

Tel sera le traitement, et, à moins que je ne me sois grandement trompé, cet homme, d'ici à quelques semaines, se présentera lui-même devant vous et marchera dans la clinique sans trace de sa paralysie.—*Philadelphia Medical Times.*

Névroses intestinales.—M. le Dr Cherchevski, de Saint-Pétersbourg, rapporte dans la *Revue mensuelle de médecine*, un certain nombre de faits assez complexes dans leur symptomatologie, mais se ressemblant par beaucoup de points et qu'il rapporte à un état nerveux, à une névrosthénie particulièrement localisée dans la sphère nerveuse du canal. Ces faits ont été observés sur des personnes très intelligentes, travaillant beaucoup trop du cerveau au détriment des forces proprement physiques, assumant une très grande responsabilité par le genre même de leur activité. Toutes ces personnes sont anémiques et quelques-unes même avec des indices apparents d'épuisement.

Elles se plaignent presque toutes : 1° de constipation habituelle, n'alternant que très rarement et encore dans la minorité des cas, avec des diarrhées périodiques ; 2° de ballonnement localisé ordinairement dans un endroit quelconque de l'abdomen, principalement dans la région des fausses côtes et ne s'étendant que rarement sur tout l'abdomen ; 3° de renvois très bruyants sans odeur et sans goût, ou par exception seulement de goût aigre. Tous ces symptômes, de date plus ou moins ancienne, sont presque toujours constants et sans corrélation apparente avec les heures des repas, la qualité et la quantité des aliments. L'appétit est toujours bon. De temps en temps, à la suite d'une influence psychique quelconque, d'une grande fatigue ou d'un rude travail mental, cet état s'aggrave brusquement. Spontanément, sans prodromes, le plus souvent lorsque le malade est complètement absorbé par son travail et quelquefois même pendant le sommeil, survient un énorme ballonnement de l'abdomen, ou une aggravation du météorisme préexistant, accompagnée de fréquents et bruyants renvois ; la respiration devient superficielle, haletante ; apparaissent alors la cyanose plus ou moins prononcée, une sensation pénible de tristesse et des évanouissements.

Des douleurs aiguës accompagnent à différents degrés d'intensité cet accès en se concentrant, tantôt du côté du foie, tantôt auprès de l'ombilic, ou bien affectant encore un caractère errant. A mesure que ces crises s'accentuent, elles affectent tout le ventre ; le ballonnement devient, ou général (l'abdomen étant en même temps tendu et douloureux au toucher) ou localisé par quartiers sous forme de tumeurs isolées qui se déplacent à vue d'œil ; une pénible sensation de pesanteur apparaît au bas-ventre ; de violents ténesmes obligent le malade à aller à tout moment à la garde-robe sans résultats ; des évanouissements, des renvois et de fortes douleurs dans le dos et les jambes achèvent le tableau. Après avoir duré un temps variable, de cinq ou six heures à un ou huit jours ou même deux semaines, l'accès se termine souvent aussi brusquement qu'il était survenu, en déterminant souvent des évacuations abondantes.

Les malades ainsi atteints conservent toutes les apparences de la santé dans l'intervalle de leurs accès, qui coïncident toujours avec une influence morale fâcheuse ; de plus, dans les temps qui précèdent la crise, on voit les matières changer d'aspect, et prendre une forme rubanée comme s'il y avait rétrécissement de l'intestin. En raison de ces faits et d'autres que nous ne pouvons développer ici, il semble bien certain que les accidents sont bien sous la dépendance d'une affection nerveuse, d'un véritable spasme intestinal qui amène la contraction tonique des fibres circulaires du canal. Enfin, l'influence de la théra-

peutique contribue encore à cette démonstration : tandis que chez ces malades les divers purgatifs, non seulement ne facilitent aucunement les selles, mais aggravent même les douleurs et la constipation, les opiats et la belladone, au contraire, n'ont jamais manqué de provoquer chez tous, et en peu de temps, une et même deux ou trois évacuations, en déterminant simultanément une disparition du météorisme sans émission de vents.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la cure radicale des hernies.—Clinique de M. Bouilly, suppléant de M. le profeseur Trélat à la Charité.—Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler d'une opération qui porte le nom de cure radicale de la hernie, et que l'on pratique le plus rarement possible. Ce nom de cure radicale est, en effet, assez mal choisi parce qu'on n'aboutit qu'à maintenir à l'intérieur du ventre, à l'aide d'un bandage, une hernie qui jusque-là était irréductible.

Ceci dit, et avant d'entrer dans de plus amples détails, examinons un peu, tout d'abord, le malade que nous allons tout à l'heure opérer. C'est un homme de 50 ans, assez maigre, qui ne paraît pas jouir d'une bonne santé. Véritable pillier d'hôpital, il est resté pendant huit mois à l'Hôtel-Dieu pour une kératite au cours de laquelle il a fait un phlegmon de la jambe droite qui a dû être incisée. Ce ne sont pas, toutefois, ces raisons qui l'ont déterminé à venir demander notre secours, c'est une hernie inguinale double. La droite daterait de l'âge de 4 ans, tandis que la gauche, la moins volumineuse, n'aurait commencé à apparaître que vers 1873. On voit, en effet, pendre entre les cuisses une énorme tumeur qui mesure en longueur 19 à 20 centim. et a une circonférence de 39 à 40 centim., tous détails de peu d'importance ; mais ce qui l'est beaucoup plus, c'est que cette tumeur, qui, avant son entrée à l'hôpital, était encore beaucoup plus volumineuse par suite du travail auquel l'individu était journellement astreint, est incoercible. La verge, comme vous venez d'être à même de le voir, se trouvant perdue au milieu de cette masse, il s'en suit une certaine gêne de l'émission des urines Quant aux fonctions génesiques, je n'en parle pas ; elles sont nulles.

Si l'on vient à palper cette tumeur, on sent, outre l'intestin qui la constitue, que le testicule paraît nettement séparé du sac herniaire. Pendant le décubitus dorsal, on peut, en relevant les bourses et avec un taxis court, faire rentrer l'intestin et être à même d'entendre le gargouillement caractéristique. Cette rentrée se fait en masse ; il ne reste pas d'épiploon et la réduction complète me permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'adhérences. La réduction faite, il est alors très facile de se rendre compte que les portes sont largement ouvertes (trois doigts peuvent être insinués du côté droit et deux du côté gauche) et que le canal inguinal n'existe plus. Au lit, par le fait même de la largeur des anneaux, la masse herniée fait toujours saillie à l'extérieur. En résumé, nous avons affaire à une hernie inguino-scrotale double réductible et incoercible.

Je viens de vous montrer amplement qu'elle est réductible ; reste encore maintenant à vous prouver son incoercibilité. En effet, depuis

longtemps, il a essayé d'une foule de bandages. Laissant de côté les siens, qui sont plus ou moins sujets à caution, je ne vous parlerai que du dernier, que lui a fait construire M. le professeur Panas du temps qu'il était à l'Hôtel Dieu, pour bien vous faire comprendre toute l'utilité qu'on doit maintenant attendre de ce traitement. Ce chirurgien distingué, aussi apte à soigner les maladies des yeux que les affections abdominales, lui avait fait construire sur mesure et avec tous les soins minutieux un bandage herniaire. Mais, malgré le long repos, malgré les mesures prises pour avoir un bandage bien approprié, les choses n'en allèrent pas mieux. Aussi insuffisant que les autres, la pression était tellement douloureuse qu'il fut obligé de le supprimer, de sorte que nous sommes dans des conditions où le volume s'accroissant et déterminant une véritable infirmité sociale, il est de notre devoir d'agir. En dehors de cela, je dois vous avouer qu'il n'éprouve, à part un peu de gêne au niveau du colon transverse, aucunes douleurs.

Si nous voulions nous contenter d'un traitement palliatif, en présence des insuccès passés, nous lui conseillerions de porter un suspensoir élastique qui peut exercer une compression légère et prévenir les tiraillements douloureux. Mais ici, comme cet individu a besoin de travailler, nous sommes obligés de le rejeter de côté. Il ne reste donc plus que deux choses à faire : ou le laisser dans cet état, ou tenter la cure radicale des hernies.

Aujourd'hui, en effet, nous sommes mieux armés qu'autrefois pour ce genre d'opération. Aujourd'hui, grâce aux antiseptiques, nous pouvons revenir aux vieux procédés. Nous allons donc tenter une de ces opérations que je considère comme ne devant être pratiquées que lorsque tous les autres palliatifs ont échoué. Elle n'est pas, en effet, innocente et n'est pas, quoique son nom l'indique, curative, mais seulement palliative. Aussi me voyez-vous insister sur ce sujet, non sans raison, et entreprendre cette opération avec une certaine appréhension. Quelles sont donc, du côté de la hernie, les raisons à invoquer pour justifier une pareille manière d'agir ? Tout bien résumé, on arrive à ceci : il est nécessaire d'agir quand la hernie est, ou incoercible, ou irréductible. Pour ce qui est de celles qui ont contracté des adhérences, je les laisse de côté pour ne m'occuper que des premières.

Vous n'avez pas été, il est vrai, sans voir de ces maladies ; mais la question que je vais aborder doit vous être moins familière, puisqu'elle n'est revenue sur l'eau que depuis une dizaine d'années. Quoique mon intention ici ne soit pas de vous rapporter comment est faite une hernie, laissez-moi toutefois vous dire qu'il s'agit d'une distension lente du péritoine qui finit par produire un sac herniaire dans lequel vient s'accumuler le plus souvent l'intestin grêle et une partie de l'épiploon. Or, le problème consiste, soit à supprimer le sac herniaire, soit à fermer la porte de sortie. Tous les procédés, pour arriver à ce résultat, se rapportent à l'opération qui porte le nom de cure radicale des hernies.

Bien que ce traitement, soi-disant radical, ait été rajeuni, il date des premiers siècles de la chirurgie. Sans vous faire passer par Hippocrate, et par une foule d'autres auteurs qui avaient pour but, par des méthodes sous-cutanées, de chercher à obtenir un résultat, par invagination au moyen de sutures, rappelez-vous néanmoins deux noms : celui de Gerdy, parce que c'est un français, et celui de Wood, chirurgien anglais, qui a le plus opéré par le procédé sous-cutané.

De nos jours, on a rejeté tous ces procédés sous-cutanés comme incertains, pour travailler à ciel ouvert. Les chirurgiens de maintenant vont directement à la recherche du sac herniaire, soit pour le supprimer, soit pour agir sur l'anneau. C'est à cette manière que nous allons avoir tout à l'heure recours ; mais auparavant laissez-moi vous donner en quelques mots l'historique de la question.

Cette méthode à ciel ouvert ne date que de 10 ans. C'est, en effet, en 1873, que Charles Still fit la première opération chez un enfant de 8 ans. Au bout de 6 mois, la récidive ayant eu lieu, loin de se décourager, ce chirurgien fit la kélotomie et obtint la guérison. Mais il faut bien le dire, les noms qu'on doit conserver sont ceux des chirurgiens allemands. Tous les procédés datent de 1877 et peuvent être rangés en trois catégories principales. Dans un premier, on se contente de faire la ligature et la suture en bourse du sac ; puis, consécutivement, on extirpe le sac herniaire. Dans un second, non seulement on fait la ligature du collet du sac, mais on pratique encore la suture des piliers. Enfin, le troisième consiste à faire une kélotomie, à réduire les parties herniées, et à abandonner les choses à elles-mêmes, sans sutures, en comptant seulement sur le travail inflammatoire pour produire l'adhérence.

Reste maintenant à voir quels sont les résultats. Pour cela, je vous renvoie à la thèse d'agrégation de M. le Dr Segond, où vous trouverez toutes ces particularités très bien exposées. Sachez cependant que la mortalité, qui a lieu, soit le plus souvent par péritonite, soit par phlegmon du scrotum ou par hémorrhagie à la suite d'une blessure du cordon, etc., est, en moyenne, de 20 pour cent. Dans les cas les plus heureux, la cure a demandé 3 semaines, et dans d'autres plus de 40 jours. Quant aux résultats thérapeutiques, sur 113 cas, on a observé 44 fois une récidive très rapide et 69 fois la guérison. Quoi qu'il en soit il n'est pas douteux qu'on obtient la possibilité de faire porter un bandage ; par conséquent, si nous mettons notre homme dans ces conditions, il pourra dire que nous lui aurons rendu un grand service.

A quel procédé allons-nous avoir recours ? Après l'avoir anesthésié et avoir convenablement lavé la peau, nous ferons sur le scrotum une incision qui me permettra d'ouvrir le sac herniaire. L'intestin ayant été réduit, avec une aiguille, je passerai autour du collet un fil de catgut et je ferai une suture en bourse sans toucher aux piliers, vu qu'il sont trop écartés pour avoir la prétention d'y faire une suture. Quant au sac, je ne m'en occuperai pas, parce que je risquerais fort de blesser l'artère spermatique ou les veines du cordon. Puis, la peau ayant été suturée, nous placerons sur le tout un pansement de Lister en ayant soin de redoubler de précautions, car le premier devoir d'un chirurgien est avant tout de ne pas nuire.—*Praticien.*

Traitement de la gangrène sénile.—Dans une communication à la *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres, M. Jonathan Hutchinson a établi la sécurité et l'à propos de l'intervention opératoire si l'amputation doit se faire à une grande distance du siège de la maladie. Ainsi, dans la forme ordinaire de gangrène des orteils et du pied, le tiers inférieur de la cuisse est suggéré, par M. Hutchinson, comme le point d'élection ; dans les cas plus rares de gangrène de la main, ce sera le milieu du bras. Après avoir fait remarquer que jus-

qu'à présent l'amputation a donné dans ces cas peu de satisfaction, vu qu'il y a eu presque toujours récidive, l'auteur attribue celle-ci au fait que l'opération a été faite trop bas. La dégénérescence calcaire des artères, cause principale de la maladie, est ordinairement plus considérable près de la périphérie, de là le peu de nutrition des lambeaux. Ce danger est évité si on a soin d'amputer suffisamment haut. Dans une série de cas, des vieillards, opérés de cette façon, l'auteur n'a eu qu'une seule récidive. Dans trois cas, le moignon a guéri très bien.

Un quatrième cas a aussi guéri on ne peut mieux, malgré une calcification très étendue des artères. Chez ce malade l'artère fémorale était tellement rigide qu'elle se présentait à la surface du moignon comme un véritable petit os. Un des malades ayant guéri parfaitement était pourtant âgé de soixante-dix ans. Dans deux cas, l'autre pied a été subséquemment menacé de gangrène.

Quant à l'époque à choisir pour faire l'opération, M. Hutchinson croit qu'il faut intervenir aussitôt que la maladie est bien établie et que le patient est assez mal pour être confiné au lit. La guérison spontanée, dit-il, est la rare exception, et la grande majorité des cas se terminent par la mort, après des souffrances plus ou moins longues. Plus le malade est maigre, moins il y a de risques à intervenir chirurgicalement. Dans quelques cas rares où le membre est exceptionnellement gras et les tissus flasques, il peut être sage d'hésiter à recommander l'opération. Dans tous les cas, l'auteur a pris les précautions antiseptiques recommandées par Lister, et, dans deux ou trois cas, le patient n'a pas éprouvé la moindre douleur à dater du jour où l'opération a été pratiquée.—*Buffalo Medical and Surgical Journal.*

Opérations qui se pratiquent sur les nerfs.—Depuis que les méthodes antiseptiques permettent de pratiquer des opérations sanglantes avec la plus grande sécurité, les opérations applicables aux affections des nerfs périphériques se multiplient. Les principales sont: les élongations, la résection, les sutures et dégagements des nerfs englobés dans des cals osseux.

Chacune de ces opérations mériterait une description spéciale et minutieuse, mais je suppose tous ces détails bien connus, et je passerai simplement en revue les applications les plus nouvelles ou les plus importantes de chacune d'elles. Parmi les cas d'élongation, nous trouvons un grand nombre de faits dans lesquels cette opération a été pratiquée pour des maladies médicales et notamment pour l'ataxie locomotrice, d'après la pratique de Langenbuch.

Cette pratique a été étendue à d'autres maladies de la moëlle. Jusqu'à présent, elle n'a donné que des résultats momentanés ou douteux. Au point de vue chirurgical, l'élongation a été pratiquée pour une ancienne paralysie, résultat d'une luxation de la hanche. L'élongation du sciatique suivie de l'emploi de l'électricité donna un résultat complet et double.

Dans les cas de tétanos traumatique, les bénéfices de l'opération ont été bien rarement complets et durables.

J'ai pratiqué une opération de ce genre dans un cas qui fut suivi de mort, malgré une amélioration passagère des phénomènes nerveux. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, qui avait reçu dans la partie inférieure de la jambe une balle qui ne put être extraite.

La blessure se comportait très bien lorsque, au vingtième jour, survint un tétanos rapide, avec opisthotonos, dysphagie, trismus. Le phénomène caractéristique était une convulsion partant de la partie malade, remontant rapidement le long du sciatique poplité externe, atteignant ensuite la nuque et le cou. Après trente-six heures, je fis l'élongation du sciatique externe derrière la tête du péroné; le soulagement fut instantané, mais ne dura que douze à quinze heures.

Malgré l'emploi du chloral à haute dose, le malade mourut le cinquième jour après le début du tétanos.

Ce résultat peu encourageant ne doit pas empêcher d'avoir recours à ce même procédé qui a donné des succès dans les cas peu rapides.

La résection d'un morceau de nerf paraît être, dans les cas de névralgie, la méthode la plus sûre et la plus rapide pour arriver à la guérison.

On a réséqué la branche externe du spinal pour le torticolis spasmodique localisé au trapèze, et le résultat a été complet et définitif. (Tillaux.)

Le nerf est facile à trouver en incisant derrière le muscle sterno-mastoïdien, en haut. Le bord postérieur du muscle étant découvert, il suffit de le relever pour trouver le nerf qui pénètre dans son intérieur, et dont on peut réséquer quatre centimètres au moins.

J'ai pratiqué cette opération pour un torticolis spasmodique généralisé à tout un côté du cou. L'amélioration fut instantanée après la résection, le trapèze étant immobilisé. Malheureusement, les autres muscles atteints de contraction reprirent leurs mouvements, après une accalmie qui dura quelques jours. Mais aucune contraction ne reparut dans le trapèze.

La résection des nerfs de la cinquième paire atteinte de névralgie donne aussi d'excellents résultats.

Par la trépanation de la branche montante du maxillaire, il est facile de trouver le nerf dentaire dans son canal et de le réséquer. Cette opération m'a donné dans deux cas un résultat immédiat et durable. Elle n'est nullement dangereuse, et la plaie se guérit par première intention sous le pansement de Lister.

M. Tillaux, dans un cas de section ancienne du nerf médian dont les deux bouts étaient cicatrisés à distance, obtint par la réunion une guérison complète. Une paralysie complète avec déformation due aux muscles antagonistes existait depuis cette section. La recherche des deux bouts du nerf, leur suture avec du catgut fin, une bonne position permettant le contact des deux extrémités, assurèrent la cicatrisation. La sensibilité, le mouvement reparurent, et le malade guérit rapidement.

Cette observation et d'autres publiées auparavant prouvent que, quelle que soit l'ancienneté de la section nerveuse et de la paralysie consécutive, on peut toujours espérer la soudure nerveuse et le rétablissement de la fonction.

Enfin je rappellerai, en terminant, que l'opération qui consiste à dégager un nerf englobé dans un cal osseux et produisant de la paralysie et de la névralgie devient une opération banale et qui donne presque toujours des succès.—*Bull. de thérapeutique.*

Traitement de la blennorrhagie par les injections de sublimé.— Discussion à la *Société de thérapeutique*. Séance du 22 octobre 1884.

M. C. PAUL offre à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. CHAMERON, dans laquelle on trouvera l'exposé complet de ses idées sur la nature et le *traitement de la blennorrhagie* par les *injections de sublimé*. La blennorrhagie, dit-il, réunit les trois conditions qui sont nécessaires à une affection pour être classée parmi les maladies infectieuses. Le gonococcus existe : les procédés de coloration le décèlent, et, à ce propos, M. Paul soutient l'opinion qui veut que cet organisme siège toujours dans l'intérieur des cellules épithéliales et non dans les globules de pus. Ce gonococcus est cultivable ainsi que l'auteur l'a pu faire dans le laboratoire de M. Pasteur, en s'entourant de toutes les précautions désirables ; il a obtenu jusqu'à neuf cultures et eût pu aller au delà. Enfin il est inoculable ; les inoculations de pus blennorrhagique ont été faites à l'étranger ; on a retrouvé le gonococcus type : M. Paul a lui-même fait une inoculation du liquide de 9e culture, et au bout de 4 jours 1/2 il vit survenir une blennorrhagie uréthrale qui n'a néanmoins duré que 2 jours ; le cas est donc peu concluant. Enfin les solutions faibles de sublimé au 1/20000e tuent le micro-organisme. C'est en partant de ce principe que la blennorrhagie était parasitaire que Neisser a préconisé, en 1879, le traitement de cette affection par les injections de sublimé. M. Paul a pu contrôler les bons effets de cette méthode applicable dès le début de l'affection. Les injections doivent être données *chaudes* ; c'est un point capital, car elles pénètrent ainsi bien mieux jusque dans l'intérieur des follicules de la muqueuse uréthrale : désormais les blennorrhagies soignées de cette façon, chez l'homme, ne durent pas plus de 7 jours en moyenne. Etant donné les propriétés si efficaces du sublimé, ne pourrait-on pas, dans les maisons de tolérance, prescrire de semblables lavages qui, certainement, mettraient obstacle à la diffusion des maladies contagieuses.

M. MARTINEAU rappelle qu'il a déjà, devant la Société, vanté les bons effets du sublimé dans la blennorrhagie. La communication de M. Paul a toutefois ceci de tout nouveau, c'est qu'elle renferme l'exposé de cultures qui, jusqu'alors, n'avaient été que très imparfaitement faites. M. Martineau emploie, chez la femme, les lavages à 1/500e : ayant eu quelques cystites il a fait confectionner des suppositoires uréthraux de 2 cent. de long contenant au *maximum* 0,006 de sublimé qu'il laisse fondre en place. De plus, chez la femme, ainsi qu'il l'a montré, la blennorrhagie et son micrococcus allant se confiner dans les follicules uréthraux et péri-uréthraux, il se sert toujours de la cautérisation des follicules avec le galvano-cautère à pointe très fine. De cette façon la blennorrhagie qui, chez la femme, guérissait autrefois si lentement par les anciens procédés, se trouve aujourd'hui réduite à 15 ou 20 jours de durée.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit qu'il serait désirable qu'on recherchât si le gonococcus n'existe pas dans tous les écoulements purulents chez la femme. Quant à la prophylaxie, il rappelle qu'en Belgique la loi ordonne des prescriptions de cette nature dans les maisons publiques, et que rien ne s'opposerait à ce que de semblables mesures fussent adoptées en France

M. MOUTARD-MARTIN insiste sur la différence qui existe entre les doses du médicament suivant M. Paul et M. Martineau. Le premier

assure, d'après ses expériences, que la solution au 1/20000e tue le micro organisme. Pourquoi employer alors une solution aussi forte que celle au 1/500e qui pourrait ne pas être sans inconvénients ; à ce propos, ne serait-il pas dangeureux de laisser à la portée de sujets ignorants des solutions incolores aussi toxiques ?—*Progrès médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Métrorrhagie.—Clinique de M. le Dr Gallard à l'Hôtel-Dieu.

M. Gallard pense que les distinctions de métrorrhagie et de ménorrhagie n'ont pas d'importance. Il est entendu qu'une perte sanguine se montre plus communément aux environs de l'époque menstruelle ; mais elle est toujours une perte et ne se distingue par aucun caractère des pertes produites à un autre moment.

Les hémorrhagies sont en rapport habituel avec les lésions de l'utérus, cancer, fibrome, polypes ; mais une variété d'hémorrhagie sur laquelle on insiste peu est surtout fréquente dans la métrite utérine.

C'est à la métrite interne qu'il faut rapporter la majeure partie des descriptions consacrées par les auteurs à la métrorrhagie *essentielle.*

Est-on d'ailleurs autorisé à admettre l'existence de cette hémorrhagie, dite essentielle ? Quels sont les faits que l'on peut classer sous ce nom lorsqu'on a retranché d'une part les altérations dyscrasiques du sang dues aux diathèses, aux intoxications, à la chlorose ou à l'anémie, d'autre part les maladies diverses qui sont caractérisées par une altération anatomique, soit du système circulatoire, soit du tissu utérin, soit des organes qui sont en connexion directe avec lui, comme l'ovaire, les trompes ou les ligaments de l'utérus ?

Dans une statistique de Letellier, il ne s'est pas trouvée une seule métrorrhagie, sur quatre-vingt-six observées, à laquelle l'auteur ait pu accorder la dénomination d'*essentielle* ; la métrorrhagie essentielle n'existe pas.

Certains auteurs ont cru devoir considérer comme telles les métrorrhagies que l'on observe si fréquemment chez les filles publiques, surtout pendant les premiers temps de leur vie de débauches. Si l'on considère que ces mêmes femmes sont plus tard atteintes d'aménorrhée, on est tenté de voir dans la succession de ces phénomènes morbides l'indice de l'évolution d'une métrite chronique ; et d'ailleurs, si l'on examine l'utérus dans des cas semblables, on se confirme davantage dans l'opinion que les excès du coït, le traumatisme répété du col utérin, et les congestions trop fréquentes de l'appareil tout entier, ont agi comme cause déterminante d'une affection inflammatoire de l'utérus, se révélant à la fois par les signes physiques perçus à l'examen direct, et par la métrorrhagie qui en est le symptôme.

Les excès de coït sont, du reste, suivis d'accidents analogues dans toutes les classes de la société, et d'autant plus souvent que jusque-là la femme avait été plus réservée dans ses rapports ; mais c'est surtout lorsque ces excès sont commis au moment d'une époque de règles, que l'inflammation utérine se trouve facilitée par la congestion cataméniale déjà existante et que l'on voit survenir d'abondantes métrorrhagies, dont la cause pourrait facilement passer inaperçue, à un examen superficiel.

Chez les prostituées, on peut également rattacher un certain nombre des métrorrhagies dont elles sont atteintes à de petits avortements d'un mois, provoqués par l'abus même des excitations sexuelles; un retard de quelques jours dans l'apparition des règles mettra sur la voie du diagnostic que confirmera la présence d'un œuf en voie d'évolution.

On ne peut davantage admettre comme hémorrhagie essentielle, comme le fait Marotte, celles qui apparaissent chez des femmes atteintes de névralgie abdominale ou sciatique. Dans ces cas même, l'hémorrhagie résulte de phénomènes congestifs réflexes, même si souvent elle n'est attribuable à une lésion utérine ou péri-utérine méconnue.

M. Gallard passe en revue les moyens adoptés dans le traitement des métrorrhagies et exprime une opinion qui mérite d'être rapportée, sur deux traitements fort préconisés en ces derniers temps.

Au premier rang des agents hémostatiques les plus propres à combattre la métrorrhagie, il faut faire figurer l'action du froid et en particulier de l'eau froide. Une longue expérience confirme la confiance de M. Gallard en cet excellent traitement. La médication toute opposée, l'action de la chaleur, très recommandée aujourd'hui, lui paraît dangereuse. Qu'elle soit appliquée sur la région lombaire au moyen de sacs de Chapman ou plus localement au moyen d'injections ou de bains d'eau portée à une température élevée, 50° centigrades, jamais elle n'a réussi entre ses mains à faire arrêter des hémorrhagies, et souvent il l'a vue contribuer à les augmenter, si bien que pour combattre son action désastreuse, il a fallu se hâter de recourir à l'action contraire et beaucoup plus efficace du froid, appliqué de la même manière et d'une façon prolongée.

Outre le froid, les révulsifs sont souvents utiles, la digitale rend de grands services, et les narcotiques peuvent être employés avec avantage, surtout dans les cas où l'influence nerveuse peut être considérée comme n'étant pas étrangère à la production de la perte sanguine.

De tous les médicaments administrés à l'intérieur pour combattre les métrorrhagies, le plus utile, celui qui lui a toujours le mieux réussi et dont l'action efficace se fait sentir aussi bien sur l'état inflammatoire que sur l'hémorrhagie qui en est la conséquence, c'est la digitale. Il l'administre habituellement à la dose de 30 à 50 centigrammes de feuilles, infusées dans 124 grammes d'eau, et formant une potion qui est prise par cuillerées à bouche dans la journée. Il y a loin de là aux doses qui ont été conseillées par Howship Dickinson, et acceptées par Trousseau, qui aurait administré de 15 à 45 grammes de digitale en infusion par doses fractionnées en un seul jour. M. Gallard se garde bien de suivre une telle pratique, car même en ne dépassant pas la dose de 50 à 60 centigrammes, il a vu se produire non des symptômes d'empoisonnement, mais des signes d'une débilitation excessive si l'usage du médicament était prolongé plusieurs jours.

M. Gallard conseille aussi de se mettre en garde contre l'usage irrationel et intempestif qui est fait chaque jour de l'ergotine pour arrêter les hémorrhagies de l'utérus. Si c'est un moyen héroïque dans quelques cas bien déterminés, et en particulier dans les hémorrhagies puerpérales ou dans les métrorrhagies qui accompagnent l'évolution des corps fibreux, c'est, par contre, un médicament au moins impuissant contre les autres variétés de pertes sanguines. Lorsqu'il croit

néanmoins devoir l'employer, il préfère l'administration par la bouche aux injections sous-cutanées, qui laissent souvent de petites nodosités phlegmoneuses qui peuvent s'abcèder.

M. Gallard emploie volontiers une préparation complexe qui lui permet d'associer dans un but commun l'action du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitale. Voici la formule de pilules qu'il prescrit fréquemment dans les hémorrhagies utérines :

Ergotine	180	grains
Sous-carbonate de fer	"	"
Sulfate de quinine	36	"
Poudre de digitale	18	"

Pour 100 pilules non argentées.

Prendre 4 pilules chaque jour (2 avant chaque repas).

Enfin on peut être amené, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie utérine, à faire le tamponnement, si l'hémorrhagie met en danger les jours de la malade. C'est un excellent moyen qui a été critiqué souvent, à cause d'applications maladroites ou trop longtemps prolongées.

Il ne faut pas oublier qu'on doit le pratiquer avec beaucoup de soin, la vessie et le rectum ayant été vidés. La femme doit être placée en travers du lit ; on vide le vagin des caillots à l'aide d'une injection froide.

M. Gallard emploie volontiers le tampon en queue de cerf-volant. Il recommande l'emploi du spéculum, qui permet d'employer des tampons secs, et de bien placer sur le col le premier tampon imprégné de perchlorure de fer.

Le tampon doit être bien serré, formé de bourdonnets nombreux. On ne le laissera jamais plus de vingt-quatre heures en place. Au bout de ce temps, il vaut mieux le remplacer que le laisser.

Enfin, la femme qui vient d'avoir une métrorrhagie doit être soumise à toute une série de précautions et de soins, tant pour permettre à la perte de s'arrêter que pour en empêcher le retour.

Il faut lui imposer surtout un repos assez prolongé. Repos physique, repos moral, repos des organes sexuels dont les excitations ont tant d'influence sur le développement des congestions pelviennes, qui conduisent si facilement aux métrorrhagies. Cette influence s'exerce non seulement par les excitations directes, résultant du coït, mais aussi par celles plus indirectes que causent les caresses amoureuses, même quand elles ne sont pas suivies de conclusion, et même les simples conversations, les lectures érotiques, le spectacle, la musique, etc.

On combat aussi efficacement la tendance au retour de ces hémorrhagies, par la continuation prolongée, après leur cessation, des moyens qui ont été employés pour la faire disparaître, en particulier de l'eau froide en irrigations et en bains de siège.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

Aménorrhée.—Parlant des divers médicaments qui ont été recommandés contre l'aménorrhée, le Dr J. Matthews dit que quand il y a molimen menstruel il préfère le pédiluve chaud au bain de siège. En outre, tant que dure le molimen, on peut administrer quelque stimulant. Duncan donne la préférence à l'huile de *penny royal*, à dose de une goutte, plusieurs fois par jour. En l'absence de tout molimen

aucun médicament ne saurait agir directement comme emménagogue. Quelques substances telles que la sabine et la cantharide, administrées à haute dose, peuvent amener un écoulement de sang. Mais, dans l'opinion de l'auteur, ce n'est là qu'une caricature de la menstruation, sans compter que la femme en souffre positivement. Le seul remède qu'il connaisse est l'excitation érotique dont l'application est nécessairement des plus limitées.—*Medical Age.*

De la rétention d'urine et du cathétérisme aseptique après l'accouchement.—Ce sujet vient d'être l'objet d'un travail intéressant de M. le Dr Prieur, et, comme il le fait remarquer, après l'accouchement, la rétention d'urine s'observe fréquemment. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes chez lesquelles la première miction se fait attendre de douze à quinze heures ou même davantage. Cependant ces femmes ne s'inquiètent pas, à l'inverse de ce qui se produit dans la rétention qui complique la rétroversion. Ce fait s'explique par l'absence de douleurs, au moins au début.

Plus tard, la rétention peut provoquer des malaises et des coliques dont les malades ne comprennent pas la cause et qu'elles sont portées à attribuer à l'accouchement. Aussi cette affection passerait-elle souvent inapperçue si l'attention du médecin ne se portait du côté de la vessie et de la façon dont se fait l'excrétion des urines. Il est important de ne pas laisser aussi longtemps la vessie sans se vider, et il est de règle de questionner les femmes à ce sujet dans la première visite qui suit l'accouchement.

On ne doit même pas s'en rapporter uniquement à leurs réponses, car il arrive que, la rétention étant incomplète, la femme peut avoir encore une certaine quantité d'urine dans la vessie, alors qu'elle croit avoir uriné d'une façon normale. " M. Charpentier dit avoir vu chez des femmes qui assuraient avoir uriné, cependant la sonde évacuer de 800 à 1,200 grammes de liquide, dont la présence dans la vessie n'était pas perçue par la femme, mais nous était révélée par la hauteur de l'utérus et la saillie formée par la vessie distendue au-dessus du pubis, dans la région hypogastrique."

L'auteur d'une thèse récemment faite sur ce sujet a trouvé que, sur 216 accouchements consécutifs observés à l'hôpital des Cliniques pendant une période de trois mois, on a dû pratiquer le cathétérisme dans 42 cas, ce qui donne une proportion de plus d'un cinquième.

La primiparité paraît avoir une influence marquée sur la production de la rétention à cette période, car sur les chiffres précédents elle s'est montrée 32 fois dans 111 accouchements primipares et 10 fois seulement dans 105 de multipares.

Nous avons donc chez les premières une proportion de 1 rétention pour 3,5 accouchées et de 1 pour 10 chez les autres.

Les causes de cette rétention sont assez nombreuses.

Pour Cazeaux, ce serait surtout une compression trop violente qui déterminerait une paralysie de la vessie quand le travail a été long et pénible. Dans ce cas, elle surviendrait aussitôt après l'accouchement. Quand elle ne se produit qu'au bout de quelques jours, il croit à l'influence d'une inflammation consécutive.

Joulin en fait une paralysie de la vessie favorisée par le décubitus dorsal et le relâchement des parois abdominales.

Stoltz (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*) y voit l'affaiblissement de l'élément musculaire de la vessie et des parois de l'abdomen, aidé par le gonflement du col de la vessie, un peu irrité par suite de la compression qu'il a éprouvée.

Mattéi (*Journ. des conn. méd.*, 1869), se basant sur le cathétérisme qui lui aurait fait constater des tortuosités momentanées de l'urèthre, pense qu'on peut l'expliquer de la façon suivante :

Dans les derniers moments de la grossesse, le col s'allonge parce que la vessie remonte ; aussitôt après l'accouchement, il se raccourcit ou plutôt se fronce brusquement, ce qui expliquerait pourquoi un ou deux cathétérismes suffisent généralement, le passage de la sonde redressant le canal.

Pour Schrœder, la rétention résulterait de ce que la vessie, comprimée par l'utérus pendant tout le temps de la grossesse, perd la forme sphérique, et par conséquent, diminue de capacité. Elle est, par suite, dans un état de distension continuelle dont elle finit par contracter l'habitude. Aussi, après l'accouchement, la compression venant à cesser, la vessie reprend sa forme primitive et peut contenir une quantité de liquide beaucoup plus considérable qu'avant sans éprouver de distension ou d'absence du besoin d'uriner.

D'après Fordyce Barker, de New-York, dans ses "*Clinical lectures*", "cette rétention peut être due au manque de contractilité de la paroi musculaire du réservoir vésical, dont les fibres sont comme paralysées par suite de la super-distension qu'elles subissent. Elle peut reconnaître pour cause une obstruction mécanique du méat ou de l'urèthre par la tuméfaction des parois de ce conduit.

"Dans le premier cas, dit-il, on emploiera habituellement avec avantage l'*extrait liquide d'ergot de seigle* administré toutes les quinze minutes pendant une ou deux heures, à la dose de vingt gouttes.

"Après l'accouchement, surtout si la deuxième période a été longue, j'examine toujours la vessie de ma malade avant de la quitter, et si j'ai quelque raison de penser qu'elle contient beaucoup d'urine, je donne à la garde un peu d'ergot et lui indique l'usage qu'elle doit en faire. Aussi est-il très rare que je sois obligé de me servir de cathéter chez les accouchées."

La plupart des accoucheurs emploient presque exclusivement le cathétérisme dans ces cas, mais comme il peut provoquer de la cystite, il faut prendre des précautions et ne se servir que d'instruments neufs ou purifiés par les antiseptiques.

Les sondes à employer sont des sondes en caoutchouc rouge n'ayant pas servi et lavées, avant leur usage, dans une solution phéniquée,—ou les sondes métalliques flambées à l'alcool, lavées à l'eau bouillante et passées dans une solution phéniquée.—*Paris médical.*

Faut-il laisser souffrir la femme pendant la première période du travail ?—En réponse à cette question je dirai que d'après ma propre expérience et d'après les observations de ceux de mes confrères à qui j'ai parlé de la chose, je conclus que les douleurs qui accompagnent la dilatation de l'os durant la première période du travail ne sont pas du tout nécessaires.

Voilà déjà plusieurs années que mon attention a été attirée sur ce sujet. Appelé un jour auprès de Mme G., je la trouvai dans la pre-

mière période du travail, souffrant de douleurs intermittentes et véritablement insupportables. A l'examen, je constatai de la rigidité de l'os et aucun signe de dilatation. Après avoir attendu assez longtemps j'examinai de nouveau, mais sans constater le moindre changement. J'en conclus que les douleurs étaient probablement fausses, en dépit de leur régularité apparente, et j'administrai à la malade une dose de morphine; en peu d'instants il y eut soulagement complet et je me retirai. Vers dix heures du soir, j'allai de nouveau voir la malade que je trouvai reposant paisiblement, tout comme quand je l'avais laissée le matin. L'os était très dilaté. Bientôt la seconde période se déclara et l'enfant naquit en peu de temps. Ayant dit un mot de cela à un confrère, celui-ci, praticien expérimenté, me dit avoir aussi observé la même chose, et avoir également remarqué que la convalescence était toujours heureuse dans ces cas. Puisque l'expérience est là pour le dire, pourquoi ne pas soulager la femme durant les douleur de la première période du travail?—Dr J. W. Chisholm, in *Obstetric Gazette.*

DERMATOLOGIE.

Guérison des taches pigmentaires par l'application d'une compresse enduite d'onguent mercuriel.—Les deux substances les plus usitées dans le traitement des taches pigmentaires sont le borax et le sublimé. Le premier n'a qu'une action lente et faible; le second agit plus vite et plus énergiquement.

Si l'on veut une guérison radicale, il faut, d'après Ulma, recourir au mercure, non sous la forme prescrite par Hebra et qui, selon lui, n'est pas sans inconvénients, mais sous la forme de collodion renfermant 1/2 à 1 0/0 de mercure. On évitera ainsi l'érythème, la desquamation et l'éruption pustuleuse qui se produisent quelquefois dans le cours du traitement.

Ces remèdes énergiques présentent l'inconvénient qu'on ne peut en mesurer l'effet. Il vaut donc mieux recourir à la pommade au mercure et au bismuth prescrite par Hebra.

L'emplâtre d'onguent mercuriel donne plus rapidement un résultat que les pommades et les solutions faibles. Et s'il agit moins vite que le collodion au mercure, en revanche son emploi est plus facile. Voici comment on doit s'y prendre: on coupe des morceaux d'emplâtre au précipité blanc ou à la pommade mercurielle, à peu près de la grandeur des plaques d'éphélides ou de la grandeur des taches de chloasma, sur lesquelles on les applique,—sans collodion ni bandes,— après avoir lavé les matières grasses de la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool On doit placer l'emplâtre en se couchant, et le retirer le lendemain en se levant.

L'auteur prescrit pour la journée une pommade au bismuth qui a l'avantage d'agir comme un fard et de masquer les taches noires.

Voici sa formule:

Ox. de bismuth et craie.....	ãã	5 parties.
Vaseline.....		20 à 40 —

Une friction le matin après la toilette.

Le mieux est d'appliquer la pommade avec un pinceau, de la laisser sécher sur la peau, d'où on la retire plus tard. Pour cela, elle doit avoir la consistance d'une couleur à l'huile. Dans ce but, l'auteur emploie la formule suivante :

Ox. de bismuth et amidon de riz.....ãã	2	parties.
Craie.....	4	—
Onguent de glycérine.....	10	—
Eau de rose.....	100	gouttes.

En faisant alterner la préparation de bismuth et celle de mercure, on obtient la guérison rapide des taches sans rougeur ni desquamation, à moins que le pigment ne soit si profondément situé dans le derme que ces remèdes ne puissent l'atteindre sans détruire le corps papillaire, comme cela se rencontre dans certains chloasmas.—*Rev. méd.*

Naphtol contre la gale.—Le Dr Samuel Rona a traité vingt et un cas de gale avec l'huile de naphtol, et voici quel fut le résultat de ses observations. Après avoir fait déshabiller le malade, les endroits où se localise d'habitude le parasite sont frictionnés avec l'huile, et si l'affection remonte à quelques jours le badigeonnage est général, moins la tête et le cou. Ce traitement est commencé dans la soirée. Le lendemain le patient prend un bain et toute la surface rougie par le médicament est saupoudrée de poudre de riz. Généralement tout se borne là et la guérison a lieu après cette première application. Des démangeaisons intenses persistèrent chez quelques malades pendant deux ou trois jours, ce qui fut attribué à l'eczéma concomitant. D'ailleurs les vues de Rona sont entièrement conformes à celle de Kaposi, et la naphtaline récemment recommandée par Furbringer ne lui a pas paru préférable au naphtol. Sans doute une application peut être suffisante, et elle l'est généralement, mais elle doit être faite *largâ manu* avec une quantité de naphtol de dix environ pour cinquante ou cent parties d'huile. Sur 100 galeux Rona a expérimenté le naphtol sans que le moindre accident toxique soit survenu. Si on le donne trop concentré il produit de l'irritation et de l'eczéma. Dans les cas d'eczéma chronique, la proportion de naphtol ne devra pas dépasser deux ou trois pour cent.—*France médicale.*

Traitement de l'alopécie.— M. Doyon donne les procédés employés par le docteur Pohl Oisicus (de Berlin) contre certaines formes d'alopécie. L'auteur admet que dans cette affection le processus morbide consiste dans l'altération des follicules qui peut être produite par la compression. C'est ainsi que se développent les calvities limitées au vertex, notamment chez les femmes, en raison de la compression que les objets de toilette exercent habituellement sur cette région. Contre cette variété d'alopécie, l'auteur a employé avec succès les acides :

Acide lactique ou acide citrique.	9 à 18 grains
Acide borique	36 à 90 —
Eau distillée.....	8 onces
Esprit-de-vin rectifié.....	1 à 1½ once

Une à trois cuillerées deux fois par jour, en friction pendant trois ou quatre minutes sur le cuir chevelu.

Il faut avoir soin d'employer un alcool un peu concentré.

On peut employer aussi ces acides sous forme de pommade :

Acide lactique finement pulvérisé.	5 à 15 grains
Acide borique.....	36 à 54 —
Axonge.....	4 onces
Huile d'olive.....	1 drachme

Faire une friction de trois minutes une ou deux fois par jour.

L'auteur recommande aussi, pour la préparation de cette pommade, la vaseline.

Après deux ou trois semaines de traitement, on remplace pendant une semaine les acides par la pommade suivante :

Carbonate de soude finement pulv.	15 à 36 grains
Axonge.....	7½ drachmes
Huile d'olive.....	78 grains

Friction de trois minutes, une ou deux fois par jour.

On continue cette médication, dans l'ordre ci-dessus, pendant une année entière. puis on diminue le nombre des applications.—*Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de la peau.—Le travail intéressant fait par M. le docteur Moulinet sur ce sujet se résume dans les conditions suivantes :

1o Dans toute affection cutanée plus ou moins aiguë à solutions de continuité nombreuses, différer la vaccination à cause du danger d'auto-inoculation, à moins d'épidémie de variole ;

2o Dans toute affection cutanée plus ou moins aiguë qui augmente la susceptibilité de la peau à l'inflammation, différer encore la vaccination, de crainte d'une vaccine généralisée à ces parties, à moins toutefois d'épidémie de variole ;

3o Ne vous abstenez pas de vacciner dans la crainte de manifester une diathèse latente.

Vaccinez s'il y a le moindre danger de variole, dans toute maladie de peau sans caractère aigu, comme eczéma sec, psoriasis ; loin de nuire, la vaccination peut être utile ;

4o Enfin, différez la vaccination dans toute affection cutanée récente, à poussée aiguë, eczéma surtout, de crainte d'une lymphangite un peu trop considérable ; mais s'il y a le moindre danger de variole, vaccinez quand même, car le péril que fait courir la vaccination est négligeable. (*Thèse de Paris*, mai 1884.)—*Bull. de thérap.*

Traitement des condylomes.—Nussbaum traité les condylomes du pénis au moyen de lavages à l'eau salée, suivis de l'application de calomel en poudre. Le calomel se change alors en bichlorure, et la petite tumeur disparaît sans occasionner de douleur.—*Medical Herald.*

Rétraction cicatricielle.—Le Dr A. C. Post, de New-York, vante l'emploi du sous-nitrate de bismuth contre les brûlures de la peau et la rétraction cicatricielle consécutive. Dans ce dernier cas, il divise la bride cicatricielle et remplit la solution de continuité d'une assez grande quantité de bismuth. La guérison est rapide.

FORMULAIRE.

Fièvre typhoide.

℞.—Acid hydrochloric. dil..... m iv
Spt. ætheris..... m viii
Aq. camphoræ..... ʒiii

M.—A prendre en une seule dose, toutes les six heures, pour un enfant de cinq ans.—*Med. Gazette.*

Colique chez les enfants.—*Fothergill.*

℞.—Pot. bicarb..... gr i
Ol. cajeput..... m i
Syrup. simpl..... ʒi
Aq. aneth..... ℥i

M.—A prendre en une seule dose, quatre fois par jour.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Constipation chez les enfants.—*Fothergill.*

℞.—Magn. sulph..... ℈ ss
Tinct. sennæ co..... ʒss
Aq. menthæ..... ʒi ss

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Céphalalgie nerveuse avec constipation.

℞.—Quin sulph..... gr xii
Acid sulph. dil..... ʒss
Tinct. ferri. perchlorid..... ʒii
Spt. chloroformi..... ʒii
Magn. sulph..... ℥ss
Syrup. zingib..... ℥i
Aquæ ad..... ℥xii

Délire marmotant.

℞.—Tr. quiniæ..... ℥i
Glycerini..... ʒvi
Spt. amm. arom.....
Spt. ætheris..... } ââ ʒ iii
Ext. opii liq..... m xxx
Infus aurantii ad..... ℥viii

M.—*Dose :* Un sixième de cette potion toutes les six heures.—*Med. Gaz*

Avortement.

℞.—Fl. extr. viburn prunifol..... ʒiv
Chloral hydrat..... ℈iv
Syrup. aurantii ad..... ℥ii

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe toutes les 2 ou 3 heures.—*Louisville Medical News.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36. RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Prophylaxie de la tuberculose.

La nature parasitaire et contagieuse de la tuberculose n'est plus à démontrer. Les recherches patientes et les belles découvertes de MM. Koch, Bouley, Sée, Chauveau, Vallin et autres ont établi le fait d'une manière incontestable. Comme corollaire de rigueur, le traitement anti-virulent vient réclamer droit de cité dans la thérapeutique de la tuberculose. Les inhalations microbicides sont employées sur une grande échelle, les médicaments anti-parasitaires sont même administrés par les premières voies, rien n'est épargné pour détruire l'ennemi sur place ou en empêcher au moins le développement.

Cependant, un point du traitement est peut-être encore trop négligé: nous voulons parler de la prophylaxie. Dans sa séance du 26 août dernier, le Congrès d'hygiène de LaHaye a adopté les conclusions suivantes présentées par M. Vallin, au sujet des mesures prophylactiques applicables aux cas de phthisie pulmonaire : " 1° Il ne faut jamais partager le lit et la chambre d'un tuberculeux arrivé aux degrés avancés de la consomption ; 2° la chambre d'un phthisique doit être constamment aérée et ventilée ; 3° le danger réside surtout dans les crachats, qui ne doivent jamais être projetés sur le sol ou sur les linges où, en se desséchant, ils dégagent des poussières suspectes ; 4° la chambre, la literie, les vêtements ayant servi aux phthisiques doivent toujours être désinfectés ; 5° les convalescents de maladies de poitrine, les sujets faibles et épuisés doivent surtout éviter le contact prolongé et la vie confinée avec les tuberculeux."

Il faut avouer que plusieurs des conditions ci-haut énumérées ne reçoivent pas toujours toute l'attention qu'elles méritent. Il est rare, par exemple, que l'isolement des tuberculeux se fasse dans nos familles. Plus rare encore peut-être est la ventilation parfaite de la chambre habitée par le malade. On a peur des courants d'air, du refroidissement, etc., et l'on se garde bien d'ouvrir portes et fenêtres, sans songer que si l'air pur est nécessaire au tuberculeux, il ne l'est pas moins à ceux qu'une semblable réclusion expose constamment au danger de la contagion. La plupart du temps, la femme tuberculeuse continue à partager le lit d'un mari non affecté et vice-versà ; les exemples ne manquent pas de phthisie propagée de cette manière. Chez une certaine classe de malades, les crachats, loin d'être désinfectés, sont laissés se dessécher dans le crachoir, quand ce n'est pas sur le parquet même. Quant à la désinfection de la literie et des vêtements, elle est rarissime, comme chacun le sait.

Il y a ici, évidemment, ample matière à réforme, mais pour nous, actuellement, le principal intérêt de la question gît surtout dans le cas des malades internés dans les hôpitaux, et nous nous demandons jusqu'à quel point ces mesures prophylactiques de la tuberculose peuvent être mises en œuvre dans ces institutions.

En principe, il ne devrait pas être question d'admettre les tuberculeux ailleurs qu'en des hôpitaux spécialement consacrés au traitement des affections tuberculeuses. De cette façon serait résolue en partie la question de la *contagiosité*. Mais il nous paraît impossible, actuellement, de songer à cela. C'est à peine si nos ressources suffisent au soutien de quelques hôpitaux dans lesquels il faut forcément recevoir tous les malades, tuberculeux ou non.

Mais si, pratiquement, le plan est irréalisable, au moins est-il possible, dans la plupart des cas, d'y suppléer en isolant les tuberculeux des autres malades, et les plaçant dans des salles réservées. Il n'en faut pas davantage pour préserver d'une contagion probable les patients des salles communes, et en particulier ces convalescents des maladies de poitrine, ces sujets faibles et épuisés dont il est parlé plus haut, les opérés dont la guérison traîne en longueur, surtout les opérés de résection, tous sujets qui, plus que les autres, offrent une proie facile à la contagion tuberculeuse. Cet isolement permettra aussi de mettre plus facilement en œuvre les moyens de désinfection prophylactique, tels que la ventilation parfaite des salles et la désinfection des produits d'expectoration. Il ne devrait jamais être permis aux malades de cracher sur le parquet, ni même dans un mouchoir, mais seulement dans un crachoir couvert qui sera vidé très souvent et désinfecté. M. Vallin recommande le chlorure de zinc ou l'eau bouillante comme désinfectants dans ce cas. On pourra se servir également du sulfate de cuivre, du bichlorure de mercure ou de l'acide phénique. On ne doit pas, croyons-nous, se contenter de désinfecter les crachoirs en les lavant, mais y tenir constamment un liquide antiseptique qui neutralise autant que possible les germes au moment où le produit de l'expectoration pénètre dans le crachoir. Les produits de l'expectoration étant, avec l'air expiré des poumons, les principaux véhicules du bacille, on comprend quel soin il faut prendre pour en atténuer la virulence. Ce qu'il importe surtout au sujet des crachats, c'est, dit M. Vallin, d'empêcher leur dessication et leur réduction ultérieure en

poussière. A défaut de désinfection, le simple fait de tenir les crachats constamment humides pourrait être considéré comme suffisant.

Nous soumettons les considérations qui précèdent à l'examen de ceux qui font le service dans nos hôpitaux. On prend grand soin d'isoler les sujets atteints d'érysipèle, de fièvre typhoïde ou d'autres maladies réputées contagieuses, et de désinfecter en beaucoup de cas les produits de sécrétion, les excreta etc. Pourquoi ne ferait-on pas la même chose pour les tuberculeux? N'y a-t-il pas autant de danger de contagion de tuberculose par les crachats, par exemple, qu'il y en a de contagion de la fièvre typhoïde par les selles non désinfectées?

Le manque d'espace nous force de remettre à la prochaine livraison un article sur le *muriate de cocaine*, nouvel agent anesthésique local dont l'emploi a déjà donné d'excellents résultats, notamment entre les mains des oculistes qui ont pu, grâce à lui, produire l'insensibilité complète de la conjonctive et de la cornée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

One aspect of the subject of medical examination as set forth in the work of the North Carolina Board of Medical Examiners.

SHOEMAKER (John V., M.D.)—*Jequirity; its uses in diseases of the skin*

NOUVELLES MEDICALES.

—Il nous fait plaisir d'apprendre que notre ami, M. le Dr Alfred Prieur, de Montréal, a été nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu. C'est une excellente nomination.

—M. le Dr Vallée, de Québec, nommé par la Cour pour examiner l'état mental de la Dame Lynam, internée à l'asile de la Longue-Pointe, est à présenter son rapport au moment où nous mettons sous presse. Nous ne savons pas encore quelle est la nature des conclusions de ce rapport. Nous en reparlerons.

—Ainsi que nous l'annoncions dans notre dernière livraison, M. le prof. H. C. Wood, de Philadelphie, prendra, en janvier prochain, la direction de la *Therapeutic Gazette*, de Detroit. Il sera assisté du Dr R. M. Smith, professeur de physiologie comparée à l'université de Pensylvanie. Le siège de la rédaction sera désormais à Philadelphie, le journal continuant à être publié à Détroit. Sous sa nouvelle direction la *Therapeutic Gazette* sera consacrée exclusivement à l'étude physiologique des médicaments et à leurs applications thérapeutiques. Ce sera probablement le seul journal de ce genre publié en Amérique, et nous sommes certains d'avance qu'il rencontrera plein succès, ce que nous lui souhaitons bien cordialement.

—Nous venons de recevoir le numéro spécimen d'un nouveau journal, *The Annals of Surgery*, qui, comme son nom l'indique, sera consacré exclusivement à la chirurgie. Ce journal paraîtra tous les mois, formant chaque année deux volumes octavo de cinq à six cents pages chacun, et sera publié simultanément aux Etats-Unis et en Angleterre. Les rédacteurs en sont: L. S. Pilcher, M. D., de Brooklyn, ci-devant éditeur des *Annals of Anatomy and Surgery*, et C. B. Keetley, F. R. C. S., de Londres, assistés de nombreux et distingués collaborateurs. Prix d'abonnement: $5.00 par an. Editeurs: J. H. Chambers & Co, St-Louis, Mo, et Smith, Elder & Co, Londres, Angleterre. Nos meilleurs souhaits de réussite.

Université Laval.—Le *Cercle médical* a élu son bureau pour l'année 1884-85. Ce bureau est composé comme suit: Président: M. J. Houle, M.B.; Vice-Président: M. Chs. Marsil; Secrétaire: M. Arthur Delisle, M.B.; Comité de Régie: MM. G. Smith, M.B., W. Hénault, M.B., A. Duhamel et R. de Cotret.

Le choléra.—Pendant qu'il disparaît dans les provinces de la France, ainsi qu'en Italie et en Espagne, le choléra a fait son apparition à Paris et y exerce certains ravages qui, encore qu'ils ne soient pas aussi considérables que le télégraphe veut bien nous le dire, n'en sont pas moins réels. Depuis le 4 jusqu'au 11 novembre, dit l'*Union médicale*, la morbidité a été de 711 cas parmi lesquels 202 ont été suivis de mort. Le 13, la morbidité est descendue à 170 cas nouveaux et la mortalité à 71 décès.

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr Oulmont, membre de l'Académie de médecine; M. Fauvel, vice-président de l'Académie de médecine, inspecteur général honoraire des services sanitaires de France; M. Henninger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les femmes internes.—On sait que, jusqu'à aujourd'hui, les femmes étaient admises au concours pour l'externat dans les hôpitaux de Paris. Ces dames demandent maintenant leur admission au concours de l'internat. La Faculté de médecine n'a pas encore rendu de décision à ce sujet. Réunis en séance extraordinaire, le 5 novembre dernier, la Société des chirurgiens des hôpitaux a discuté cette question. "Après un discours de M. Verneuil en faveur des *étudiantes*, une réplique de M. Trélat, et quelques réflexions échangées par d'autres membres, la réunion, nous dit l'*Union médicale*, s'est prononcée *contre* l'internat des femmes, à la presque unanimité."

DÉCÈS.

Craig.—A Montréal, le 12 novembre, à l'âge de 60 ans, A. B. Craig, M.D., Professeur de pathologie interne à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, (Faculté de Médecine du Collége Victoria.

TABLE DES MATIÈRES

Abcès, 219 ; chauds et leur traitement, 261 ; froids, traitement par des injections d'iodoforme, 509 ; et gommes syphilitiques, 26 ; ossifluents, leur traitement, 389 ; profonds du cou, leur ouverture sans bistouri, 171.
Abus sexuels, des, 394, 447.
Accouchement, moyens d'abréger la durée et de diminuer la douleur durant l', 30 ; antiseptie et, 362 ; valeur pronostique des battements du cœur fœtal durant l', 414 ; troubles oculaires pendant la grossesse et l', 517 ; rétention d'urine et cathétérisme aseptique après l', 561 ; faut-il laisser souffrir la femme durant la première période de l', 562.
Acide, gallique, 340 ; phénique en injections dans le bubon, 224 ; salicylique, 156 ; sulfureux, 440.
Acné, traitement de l', 281.
Acte d'anatomie, l', 188, 285.
Adénite cervicale, traitement de l', 447.
Agaricine, 155.
Âge, son influence sur le travail chez les primipares, 511.
Agraphie, 198.
Albuminurie, action du chloral sur l', 497 ; traitement hygiénique de l', 163.
Alcool, 155.
Alcooliques, douleurs de jambes chez les, 213 ; pneumonie chez les, 117.
Alcoolisme traité par la strychnine, 118.
Aliénés, l'affaire Lynam et les asiles d', 521.
Alimentation des enfants, l', 472.
Aliments, falsification des, 523.
Alopécie, traitement de l', 520, 567.
Aménorrhée, traitement de l', 82, 560.
Amygdalite, traitement de l', 126, 472.
Amygdalotomie, de l', 468.
Anatomie, l'acte d', 188, 285 ; pathologique, enseignement à l'Hôtel-Dieu de Paris, 523.
Anémie, traitement de l', 474 ; pernicieuse, son traitement, 63.
Anesthésie par la voie rectale, 345.
Anesthésiques, 155 ; nouveau mode d'administration des, 168 ; locaux, 138.
Angine, couenneuse, traitement de l', 135 ; tonsillaire, traitement de l', 280.
Angines de poitrine, des, 161.
Anthrax, traitement par la compression, 407.
Antipyrine, 342.
Antiseptie et accouchements, 362.
Anurie et son traitement, l', 500.
Anus, fistules à l', 123 ; traitement du prurit de l', 86, 235.
Aphasie, de l', 498.
Apomorphine, vomitif à l', 186.
Archives of Medicine, 94 ; *of Pediatrics*, 94
Arthrite de la grossesse, 320.
Ascarides lombricoïdes, traitement par des lavements d'huile de foie de morue, 300.
Ascite, d'origine cardiaque chez un enfant, 366 ; avec cirrhose et dégénérescence graisseuse du foie, 24.
Asiles d'aliénés, l'affaire Lynam et les, 521.
Association, médicale canadienne, 379, 431 ; britannique, 430.
Asthme, traitement de l', 280, 519.
Asystolie, traitement de l', 186.
Atropine, 340.
Avortement, traitement de l', 566 ; habituel, causes et traitement de l', 272.

Bains tièdes, traitement de la pneumonie et de la fièvre entérique par les, 304.
Baroba, 184.
Battements du cœur fœtal, durant l'accouchement, valeur pronostique des, 414.
Benzoate de soude dans la diarrhée æstivale des enfants, 326.
Berberis aquifolium, 184.
Bibliographie, 46, 94. 143, 191, 239. 287, 335, 378, 478, 526, 569.
Blanchard, Dr. A., observation d'épilepsie par la solution Laroyenne, 253, 570.
Blennorrhagie, traitement de la, 42, 267, 557 ; traitement des érections nocturnes de la, 187 ; chez la femme, 230.
Bright, du prurit comme symptôme de la maladie de, 307 ; traitement de la maladie de, 187.
Bromures, chez les enfants. 369 ; dans les névroses abdominales, 60 ; de potassium, de sodium et d'ammonium dans la dysménorrhée avec troubles congestifs, 177.
Bronchite, traitement de la, 41, 280 ; chronique des vieillards, traitement, 88.
Brosseau, Dr A. T., des corps étrangers de la vessie et de l'urèthre, 102 ; du cancer du sein, 193.
Bruits de souffle cardiaques, variation et disparition des, 210.
Bubon, traitement du, 224, 329 ; syphilitique, du, 181.
Bureau, central d'examens, 429 ; provincial de médecine, réunion semi-annuelle du, 282, 475.

Caféïne, physiologie et thérapeutique de la, 60.
Californie, du climat de la, 250.
Cancer, du col utérin, 320 ; de l'estomac, pseudo, 62 ; du rectum, 64, du sein, 193.
Cascara amarga, 184.

Catarrhe utérin pendant la grossesse, 82.
Catellier Dr L., fractures de cuisse, 1, 97.
Cathétérisme, la fièvre du, 313 ; aseptique après l'acouchement, 561.
Causes, des indications fournies par les, 305.
Cécité, accouchement artificiel pour prévenir la, 461 ; des couleurs, dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, la, 49 ; verbale, 498.
Céphalalgie, pathologie et traitement de quelques formes de, 351 ; nerveuse, son traitement, 473.
Cercle médical, 95.
Cerium et iridin, 341.
Chancre, simple, guérison rapide du, 454 ; syphilitique, excision du, 184.
Charlatans, les, 189, 388.
Chirurgie abdominale et hystérectomie, 465, 512.
Chloral sur l'albuminurie, action du, 497.
Chloroforme, liminent de, 187 ; pur, caractères du, 185.
Chlorose, diagnostic et étiologie de la, 22.
Chlorure d'or et de sodium, 206.
Choléra, le, 373, 479 528, 570 ; précautions à prendre contre le, 380, traitement du, 425, 426 ; infantum, 333.
Chorée, de la, 300 ; traitement de la, 88.
Choroïde, mélano-sarcome de la, 18.
Cirrhose, avec ascite et dégénérescence du foie, 24 ; hypertrophique, d'origine biliaire, 56.
Cléroux, Dr L. J. V., physiologie et pathologie de la fièvre, 200.
Climat de la Californie, du, 250.
Cœur, traitement de l'hydropisie due à une maladie du, 61 ; fœtal, valeur pronostique de ses battements durant l'accouchement, 414.
Colique, chez les enfants, traitement, 566 ; hépatique, traitement de la, 474.
Collège des médecins et chirurgiens, P. Q., 47, 239, 430.
Collodion, 340 ; usages chirurgicaux du, 456.
Communication, Dr J. Lippé, 388.
Compression, traitement de l'anthrax par la, 407.
Condylomes, traitement des, 565.
Congestion pelvienne, ovarite aiguë et, 416.
Congrès international, d'hygiène, 240 ; de médecine, 192, 480.
Constipation, 497 ; emploi des lavements dans les cas de, 161 ; traitement de la, 280, 566 ; céphalalgie nerveuse avec, 566.
Contribution annuelle au C. M. C. P. Q., 239.
Coqueluche, traitement de la, 41, 54, 88, 234, 328.
Corps étrangers, de la vessie et de l'urèthre, 102 ; dans les voies aériennes, 505.
Coryza aigu, traitement du, 186.
Cou, ouverture des abcès profonds du, 171 ; extirpation des ganglions tuberculeux du, 220.
Couleurs, de la cécité des, 49.
Coup de fouet, le, 167.
Couveuse, pour enfants, de la, 75, 126.
Coxalgie inflammatoire passagère, 506.
Crises de vomissements à répétition, 136.
Croton, huile de, 205.
Croup, traitement du, 135.
Cuir chevelu, traitement de l'eczéma du, 329 ; pityriasis du, 281.
Cuisse, fractures de, 1, 97.
Cure, de lait, 343 ; radicale des hernies, 552.
Cyanose congénitale, 38.
Cystite, traitement de la, 41, 473 ; d'origine blennorrhagique, son traitement, 71.

De Blois, Dr Arthur, contribution à l'étude de la trichophytie, 481, 529.
Décès, 48, 96, 144, 192, 240, 288, 336, 384, 432, 480, 571.
Déchirures du périnée, les, 462, 509 ; dilatation de la vulve pour prévenir les, 363.
Dégénérescence graisseuse du foie avec cirrhose et ascite, 24.
Delirium tremens, ergot de seigle dans le, 398.
Délire marmottant, traitement du, 566.
Dérivatifs et révulsifs, des, 544.
Dermatite exfoliatrice généralisée, de la, 33.
Desrosiers. Dr H. E., notes de thérapeutique, 154, 204, 340, 440 ; traitement de l'urémie, 385.
Diabète sucré, du, 337 ; et traumatisme, 318.
Diarrhée, traitement de la, 88 ; estivale des enfants, du benzoate de soude dans la, 326 ; infantile, traitement, 425 ; irritative, traitement, 425, 473.
Diète chez les enfants, quelques observations sur la, 421.
Digitale, indications et contre-indications de la, 346.
Dilatation, de l'estomac, 62 ; de l'os, durant le travail, 413 ; de la vulve pour prévenir les déchirures du périnée, 363.
Dionne Dr N. E., de l'embryotomie, 294.
Diphthérie, traitement de la, 234, 258.
Douleurs de jambes chez les alcooliques, 213 ; des membres, comme signe de méningite, 350.
Dupont, Dr F., considérations sur la lymphangite utérine, 105, 148.
Dysenterie, traitement de la, 281, 393.
Dysménorrhée, avec troubles congestifs, traitée par les bromures, 177 ; névralgique son traitement, 474.
Dyspepsie, traitement de la, 328, 519.

Eau, chloroformée, 204 ; froide, en lavements chez les enfants, 422.
Eclampsie puerpérale, diagnostic et traitement de l', 268 ; traitement de l', 173.
Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, 95, 429.
Eczéma, traitement de l', 89, 280, 520 ; du cuir chevelu, traitement, 329 ; infantil étiologie, 370 ; traitement, 206 ; pustuleux, 85 ; vulvaire, traitement, 89.
Embryotomie, de l', 294.
Emphysème pulmonaire, traitement de 186 ; associé à l'impuissance, 211.
Empyème, traitement de l', 328 ; pulsati 55.
Emulsion d'huile de foie de morue, 235.

Enfants, sclérose en plaques chez les, 36 ; mort subite chez les jeunes, 39 ; la couveuse pour, 75. 126 ; pneumonie catarrhale chez les, 134 ; rhumatisme articulaire aigu chez les, 136 ; traitement de l'eczéma chez les. 206 ; thérapeutique des maladies des, 231, 274 ; terreurs nocturnes et insomnie chez les, 234 ; des maux de gorge chez les, 278 ; traitement de l'épistaxis chez les, 325 ; du benzoate de soude dans la diarrhée estivale des, 326 ; maladies fébriles chez les, 327 ; traitement hydrothérapique des maladies des, 327 ; paralysie chez les, 329 ; le choléra des, 333 ; de l'étiologie de l'eczéma chez les, 370 ; vulvite aphtheuse chez les, 371 ; diagnostic et traitement de la syphilis des, 419 ; observations sur la diète des, 421 ; valeur diagnostique et pronostique des lavements d'eau froide chez les, 422 ; troubles psychiques chez les jeunes, 423 ; traitement de la diarrhée des, 424 ; terreurs nocturnes chez les, 470 ; l'alimentation des, 472 ; traitement de la colique chez les, 566 : traitement de la constipation chez les, 566.
Enseignement, de l'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu de Paris, 528 ; de la médecine, en Canada, 45 ; aux Etats-Unis, 91.
Entorse, considérée au point de vue du traitement, de l', 313.
Epilepsie, observation d', 253.
Epistaxis, valeur diagnostique et pronostique de l', 157 ; chez les enfants, son traitement, 325.
Epulis, traitement de l', 450.
Erections nocturnes de la blennorrhagie, traitement des, 187.
Ergot de seigle dans le delirium tremens, 398.
Escharotique, poudre, 520.
Estlander, opération d', 169.
Estomac, dilatation et pseudo-cancer de l', 62 ; ulcère de l', 39 ; son traitement, 496.
Eternument, luxation scapulo-humérale produite par un, 206.
Ether, en irrigations sur l'épigastre, contre les vomissements incoercibles de la grossesse, 518.
Etiquette médicale, 133.
Etude de la médecine, 96, 139 ; programme pour les examens à l', 47.
Examens, bureau central d', 429 ; pour l'admission à l'étude de la médecine, 47, 139.
Excès vénériens, 394, 447.
Excision du chancre syphilitique primitif, 184.
Faculté de médecine, de l'Université Laval, 288, 235. 431, 479 ; de Paris, 144, 430.
Fafard Dr N., note sur un cas d'urémie, 52.
Fait intéressant, rare, exceptionnel, 410.
Falsification des médicaments, 238, 377, 523 ; du tartre émétique, 192.
Fatigue cérébrale comme signe de paralysie générale, 213.
Femme, de la blennorrhagie chez la, 230 ; enceintes, opérations chirurgicales chez la, 228
Femmes-internes, les, 570.
Fémur, symptôme pathognomonique de la fracture du col du, 73.
Fièvre, physiologie et pathologie de la, 200 ; du cathétérisme, 313 ; puerpérale, prophylaxie et traitement de la, 175 ; traitement de la, 515 ; synoque, 493 ; typhoide, 10, 95, 493, 566 ; traitée par les bains tièdes, 304 ; à forme rénale, 446.
Fistule anale, 123.
Foie, cirrhose et ascite avec dégénérescence graisseuse du 24 ; torpeur du, 186.
Forceps, dans les présentations du siège, du, 228.
Foucher, Dr A. A., mélano-sarcôme de la choroide, 18 ; de la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, 49.
Fouet. le coup de, 167.
Fractures, du col du fémur, symptôme pathognomonique des, 73 ; de cuisse, 1, 97 ; du radius, traitement des, 403 ; de la rotule, traitées par la suture osseuse, 67, 121 ; et luxations, 457, 507 ; compliquées de plaies, leur traitement, 264.

Gaînes, panaris des, 452.
Gale, du naphtol contre la, 564.
Ganglions tuberculeux du cou, extirpation des, 220.
Gangrène sénile, traitement de la, 554.
Gastralgie, traitement de la, 449.
Gelsémium. 205.
Genu valgum, 458.
Gerçures des mains, traitement des, 281.
Glycérine dans les maladies de peau, 185 ; en vapeurs contre la toux, 163.
Goître, 145.
Gommes syphilitiques et abcès froids, 26.
Gonorrhée, traitement de la, 41, 472, 519.
Gorge, chez les enfants, des maux de, 278.
Goudron et térébenthine, 441.
Goutte, traitement de la, 519.
Gravelle urique, traitement de la, 234.
Grec, l'*Etendard* et la philosophie, le, 236.
Grossesse, et les erreurs auxquelles elle expose, la, 459 ; le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la, 225 ; troubles oculaires pendant la, 517 ; artrhite de la, 320 ; ictère de la, 81 ; ulcères et catarrhe du col pendant la, 82 ; traitement des vomissements incoercibles de la, 518.
Hématocèle, diagnostic et traitement de l', 505.
Hémorrhoides, traitement des, 42, 88, 315 519.
Hernies, de la cure radicale des, 552.
Honoraires, question d', 141.
Hôpital Notre-Dame, 96, 191, 288, 525, 528.
Hôpitaux, laicisation des, 527 ; legs aux, 430 ; de Paris, 95, 39.
Hoquet grave, traitement du, 186.
Huile, de croton, 205 ; de foie de morue, en lavements contee les ascarides lombricoides, 300 ; émulsiou d', 235.
Hydrastis canadensis, 205.
Hydrocèle, danger des injections d'iode dans le traitement de l', 505.

Hydropisie d'origine cardiaque, traitement de l', 61.
Hydrothérapie dans la thérapeutique infantile, l', 327.
Hygiène, congrès international d' 240 ; journal d', 192, 284, 331, 527 ; société d', 95, 144.
Hypéridrose des pieds, traitement de l', 520.
Hystérectomie, 33, 465, 512.
Hystérie, traitement de l', 187, 349 ; mort subite pendant une crise d', 259.

Ictère de la grossesse, 81.
Impuissance, traitement de l', 259, 304, 329 ; associée à l'emphysème pulmonaire, 211.
Incontinence d'urine, 324, 377.
Injections, intravésicales, 308, 352, 399 : d'iodoforme dans le traitement des abcès froids, 509 ; de teinture d'iode dans le traitement de l'hydrocèle, leur danger, 505 ; de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie, 557.
Insommie, traitement de l' 473 ; chez les enfants, 234.
Intertrigo, traitement de l', 280.
Intestins, névroses des, 551.
Iode, 204 ; en injections répétées dans le traitement de l'hydrocèle, leur danger, 505.
Iodoforme, en injections, dans la blennorrhagie, 42 ; dans le traitement des abcès froids, 509 ; en suppositoires contre les hémorrhoides, 42.
Iodure, d'éthyle, 156 ; de potassium, 441.

Jambes, siège de douleurs chez les alcooliques, 213 ; traitement des ulcères des, 266.
Jenkins, Dr J. F. T., du climat de la Californie, 250.
Journal d'Hygiène, le, 192, 284, 331, 527.
Journaux américains en 1884, 288.

Kermesse, la, 330.

Lacération du périnée, opération immédiate pour la, 82.
Lachapelle, Dr S., traitement de la coqueluche, 54.
Lactopeptine, 190.
Lait, cure de, 343 ; montée du, 323.
Laramée, Dr J. A., diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde, 10 ; du goître, 145 ; rhumatisme musculaire, 246 ; méningite, 246 ; du diabète sucré, 337.
Laval, université, 95. 288, 335, 431, 479, 570.
Lavements, leur emploi dans les cas de constipation, 161 ; d'eau froide chez les enfants, leur valeur thérapeutique et diagnostique, 422.
Lemieux, Dr C. E. jr., de l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes, 433, 487, 536.
Leucorrhée, traitement de la, 229, 329.
Liniment de chloroforme, 187.
Lippé, Dr J., communication au sujet des charlatans, 388.
Lochies, leur thérapeutique dans les affections puerpérales, 177.
Lombrics dans le canal intestinal, accidents produits par les, 279.
Lotion rouge, 187.
Luxation scapulo-humérale produite par un éternument, 206.
Luxations et fractures, 457, 507.
Lymphangite utérine, considérations sur la, 105, 148.
Lynam, l'affaire, 521.

Maladie, de Bright, du prurit comme symptôme de la, 307 ; traitement de la, 187 ; de Thomsen, 390.
Maladies, fébriles chez les enfants, emploi des onctions générales graisseuses pour modifier la température, 327 ; de la peau, rapport entre la vaccine et certaines, 565 ; de la glycérine dans les, 185.
Maltine, 143.
Manie puerpérale, traitement de la, 329.
Mariages, 96, 288, 528,
Mastite puerpérale, de la, 364.
Masturbation, 394, 447.
Médecine, congrès international de, 192, 480 ; étude de la, 96 ; examens pour l'admission à l'étude de la, 47, 139 ; son enseignement au Canada, 45 ; aux Etats-Unis, 91 ; réunion du bureau provincial de, 282, 475.
Médecins, et pharmaciens, 90 ; nouveaux, 240.
Médicaments, la falsification des, 238, 377, 523.
Mélano-sarcôme de la choroïde, 18.
Mellin, nourriture de, 377.
Membres, douleurs cérébrales des, 350.
Méningite, 246 ; douleurs cérébrales des membres comme signe de, 350.
Ménoxénie, 112.
Menstruation, traitement des douleurs précédant la, 42.
Mercure, g uérison des taches pigmentaires par l'onguent de, 563.
Mercuriaux, 440.
Métrorrhagie, 558 ; traitée par le tamponnement, 360.
Montée du lait, de la, 323.
Montréal, école de médecine et de chirurgie de, 95, 429 ; société médicale de, 527.
Montreal General Hospital, 239.
Morphiomanie, 142.
Mort subite, pendant la crise hystérique, 259 ; chez les jeunes enfants. 39.

Naissances, 48, 144, 240, 336, 384, 432, 480, 528.
Naphtol, contre la gale, du,
Nécrologie : Dr C. M. Filiatrault, 93 ; Dr John Reddy, 94 ; J. B. Dumas, 240 ; Würtz, S. D. Gross, 286 ; Dr J. E. Landry, Dr Blondeau, 334 ; Letiévant, Moreau, Jaeger, Ritter, Hawkins, 379 ; Dr Rathery, l'abbé Moigno, Dr Burq, Kras-

mus Wilson, Cohnheim, Dr J. J. Woodward, 480 ; Dr Oulmont, M. Fauvel, M. Henninger, 570.
Néphrite desquamative on catarrhale, diagnostic différentiel, 443.
Nerfs, opérations qui se pratiquent sur les, 555.
Névralgie, intercostale, traitement de la, 187 ; syphilitique, traitement de la, 41.
Névroses, abdominales traitées par les bromures, 60 ; intestinales, 551.
Nitro-glycérine, 206.
Notre-Dame, hôpital, 96, 191, 288, 525, 528.

Onanisme, 394, 447.
Onctions générales graisseuses pour modifier la température dans les maladies fébriles chez les enfants, 327.
Ongle, traitement du traumatisme de l', 404 ; incarné, traitement de l', 355.
Oöphorectomie, 35.
Opération d'Estlander, 169.
Opérations, chirurgicales chez la femme enceinte, 228 ; qui se pratiquent sur les nerfs, 555.
Orchite blennorrhagique, traitement de l', 187.
Os, durant le travail, dilatation digitale de l', 413.
Osler, Dr W. 430, 527.
Ostéomalacie, 89.
Otalgie, traitement de l', 42.
Ovarite aiguë et congestion pelvienne, 416.

Palper, comme moyen de diagnostic dans la grossesse, du, 225.
Panaris des gaînes, 452.
Pansements, des, 405 ; au sucre, 224.
Paracentèse dans l'ascite, la, 24.
Paraldéhyde, 154.
Paralysie, agitante, 301 ; diphthéritique, son diagnostic d'avec la paralysie saturnine, 547 ; faciale périphérique, 256 ; générale, fatigue cérébrale comme signe de la, 213 ; infantile, traitement de la, 329 ; saturnine, diagnostic d'avec la paralysie diphthéritique, 547.
Peau, la glycérine dans les maladies de la, 185 ; rapports entre la vaccine et certaines maladies de la, 565.
Périnée, les déchirures du, 462, 509 ; opération immédiate pour la lacération du, 82 ; dilatation præfœtale de la vulve pour prévenir la déchirure du, 363.
Pharmaciens, médecins et, 90 ; diner des, 144.
Pharyngite folliculaire, traitement, 328.
Phthiriase de la tête et eczéma pustuleux, 85.
Phthisie laryngée, traitement de la, 280 ; trachéotomie dans la, 74 ; pulmonaire et son traitement, considérations générales sur la, 241, 289.
Phthisiques, traitement des sueurs nocturnes des, 474.
Physiologie et pathologie de la fièvre, 200.
Pieds, hyperidrose des, 520.
Pilocarpine, 343.
Pityriasis du cuir chevelu, traitement, 281.
Placenta, extrachin du, 33 ; prævia, traitement du, 173.
Plaies contuses, traitement des, 235.
Pleurésie purulente, 356.
Pleurotomie antiseptique précoce, 356.
Pneumonie, traitement de la, 280, 304 ; chez les alcooliques, 117 ; catarrhale, chez les enfants, 134.
Poitrine, des angines de, 161.
Présentation, de la main et du pied, diagnostic de la, 319 ; du siège, du forceps dans la, 228.
Primipares. influence de l'âge sur le travail chez les, 511.
Prurit, traitement du, 234 ; symptôme de la maladie de Bright, 307 ; anal, traitement, 86, 235 ; génital, traitement, 474 ; localisé, traitement, 520 ; vulvaire, traitement, 235.
Purisme exagéré, 92.

Radius, traitement des fractures du, 403.
Rectum, cancer du, 64 ; rétrécissement syphilitique du, 178.
Régime sec, 442.
Rétention d'urine et cathétérisme aseptique après l'accouchement, de la 561.
Rétrécissement syphilitique du rectum, 178.
Révulsifs et dérivatifs, 544.
Rhumatisme, articulaire aigu, traitement du, 41, 255 ; chez l'enfant, 136 ; musculaire, 246 ; son traitement, 203 ; viscéral, traitement, 113.
Rotule, de la suture osseuse dans les fractures de la, 67, 121.
Rough on Rats, 240.

Salicylate de soude, son action sur l'utérus, 271.
Salicylates, traitement du rhumatisme articulaire aigu par les, 255.
Sarcôme du testicule, diagnostic et traitement du, 505.
Sclérose en plaques chez les enfants, la, 36.
Scrofule, traitement de la, 281.

Séborrhée, traitement de la, 520.
Seigle ergoté dans le delirium tremens, 398.
Sein, cancer du, 193.
Sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique, 164, 214.
Siège, du forceps dans les présentations du, 228.
Société, d'hygiène, P. Q., 95, 144 ; médicale de Montréal, 527.
Spermatorrhée, traitement de la, 259, 304, 329.
Strychnine, 205 ; alcoolisme traité par la, 118.
Sublimé, en injections dans le traitement de la blennorrhagie, 557.
Sucre, pansement au, 224.
Sueurs nocturnes chez les phthisiques, traitement des, 474.
Sulfate, d'alumine et de potasse, 341 ; de cuivre en obstétrique, 514.

Surdité verbale, 498.
Suture osseuse dans les fractures de la rotule, de la, 67, 121.
Syphilis, traitement de la, 41, 42, 137, 281; diagnostic et traitement chez l'enfant, 419; gommeuse, diagnostic d'avec les abcès froids, 26, du rectum, 178.

Taches pigmentaires, guérison des, 568.
Tænia, accidents nerveux produits par le, 279.
Taille hypogastrique, 26.
Tamponnement dans la métrorrhagie, du, 360.
Teignes, traitement des, 87.
Térébenthine, 441.
Terreurs nocturnes chez les enfants, 234, 470.
Testicule diagnostic et traitement du sarcôme du, 505.
Thérapeutique, notes de, 154, 204, 340, 440; des maladies infantiles, 231.
Thomsen, de la maladie de, 390.
Toucher et palper comme moyens d'exploration dans la grossesse, 225.
Toux, vapeurs de glycérine contre la, 163; des phthisiques, son traitement, 328.
Trachéotomie, dans la phthisie laryngée, de la, 74.
Transfusion, 156.
Traumatisme, de l'ongle, traitement du, 404; et diabète, 318.
Travail, dilatation digitale de l'os durant le, 413; influence de l'âge sur le, 511; faut-il laisser souffrir la femme durant la première période du, 562.
Trichophytie, contribution à l'étude de la, 481, 529.
Troubles, oculaires pendant la grossesse et l'accouchement, 517; psychiques, dans la première enfance, 423.
Tubercule, viande et, 332, 376, 478.
Tuberculose, accidents gastro-intestinaux de la, 397; prophylaxie de la, 567; chez les vieillards, 207.
Tumeur blanche tibio-tarsienne, particularités relatives à la, 502.
Tumeurs de la vessie dans les deux sexes, de l'intervention chirurgicale dans les diagnostic et le traitement des, 433, 487, 536.
Typhomanie, traitement de la, 89.

Ulcérations du col de l'utérus, diagnostic et traitement des, 79, 130; pendant la grossesse, 82.
Ulcère de l'estomac, 40; nouveau traitement de l', 496.
Ulcères, traitement des, 235; des jambes, traitement des, 266.
Urémie, notes sur un cas d', 52; traitement de l', 385.
Urèthre, des corps étrangers de la vessie et de l', 102.
Uréthrite chronique, traitement de l', 71.
Uréthrotomie externe, de l', 442.
Urine après l'accouchement, rétention d', 561.
Urticaire, traitement de l', 520.
Utérus, cancer du col de l' 320; diagnostic et traitement des ulcérations du col de l', 79, 130; de l'ulcère du col pendant la grossesse, 82; considérations sur la lymphangite, de l', 105, 148; action du salicylate de soude sur l', 271.

Vaccine et certaines maladies de la peau, des rapports entre la, 565.
Vapeurs de glycérine contre la toux, 163.
Verge, Dr Chs A., considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement, 241, 289.
Vessie, des corps étrangers de la, 102; injections dans la, 352, 399; sa sensibilité au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique, 164, 214; intervention chirurgicale dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la, 433, 487, 536.
Viande et tubercule, 332, 376, 478.
Vieillards, tuberculose chez les, 207; ganglions des, 554.
Voies aériennes, des corps étrangers dans les, 505.
Vomissements, de la grossesse guéris par des irrigations d'éther sur l'épigastre, 518; hystériques, traitement, 449; à répétition, crises de, 136.
Vomitif à l'apomorphine, 176.
Vulve, sa dilatation praefœtale pour prévenir les déchirures du périnée, 363; Eczéma de la, 89; traitement du prurit de la, 89, 235.
Vulvite aphtheuse chez l'enfant, 370.

Zona, sa récidivité exceptionnelle, 86.

COLLABORATEURS

AU XIIIe VOLUME DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

Blanchard, Dr A., Presles, France,
De Blois, Dr Arthur, Paris, France,
Brosseau, Dr A. T., Montréal,
Catellier, Dr L., Québec,
Cléroux, Dr L. J. V., Montréal,
Desrosiers, Dr H. E., Montréal,
Dionne, Dr N. E., Québec,
Dupont, Dr F., Montréal,
Fafard, Dr N., Montréal,
Foucher, Dr A. A., Montréal,
Gray, M. H. R., Montréal,
Jenkins, Dr F. T., Montréal,
Lachapelle, Dr S., St-Henri, Montréal,
Lamarche, Dr A., Montréal,
Laramée, Dr J. A., Montréal,
Lemieux, Dr C. E., Jr., Paris, France,
Lippé, Dr J., St-Ambroise de Kildare,
Verge, Dr Chs., Québec.

2 gal
1.5 +